



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Relatório de Estágio de Aprofundamento de Competências Profissionais: Intervenção Psicomotora na População Idosa – Saúde Mental

Casa de Saúde da Idanha

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador Académico: Professor Doutor Marco Ferreira

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professor Doutor Filipe Manuel Soares de Melo

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

José Guilherme Duarte Pereira

2013

Resumo

A realização deste relatório é feita no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana. O principal objetivo deste trabalho é apresentar todo o trabalho realizado no âmbito das Atividades de Estágio na Casa de Saúde da Idanha. O grande enfoque das atividades prendeu-se com a intervenção psicomotora na população idosa, com especial atenção à saúde mental. O relatório está dividido em duas partes, a primeira onde se definem conceitos como o envelhecimento, saúde mental, psicomotricidade, e todas as interações entre eles, na segunda parte é apresentada toda a atividade realizada durante o estágio na Casa de Saúde da Idanha, dando especial atenção aos dois casos de estudo apresentados, aos seus enquadramentos, avaliações, intervenções e reflexões finais. Nem todas as intervenções realizadas tiveram o sucesso pretendido aquando da primeira avaliação, no entanto todas elas, em conjunto com todas as outras atividades realizadas serviram para ganhar conhecimentos e aprofundar melhor o que é a prática psicomotora no seio de uma instituição destinada à população idosa.

Palavras-chave – Psicomotricidade, Envelhecimento, Saúde Mental, Casa de Saúde da Idanha, Intervenção Psicomotora, Avaliação, Estudos de Caso, Idosos, Estágio, Psicogeriatrics.

Abstract

The elaboration of this report is made under the Master Degree in Psychomotor Rehabilitation, Branch of Professional Skill Deepening of Faculdade de Motricidade Humana. The main objective of this paper is to present all the work done during the internship activities in Casa de Saúde da Idanha. The major focus of the activities was related with the psychomotor intervention in the elderly population, with special attention to mental health. The report is divided into two parts, the first which defines concepts such as aging, mental health, psychomotricity, and all interactions between them and the second part presents all activity performed during the internship in Casa de Saúde da Idanha, giving particular attention to the two case studies presented, their guidelines, assessments, interventions and final thoughts. Not all interventions had the desired success from the first evaluation, however all of them, together with all the other activities, served to gain knowledge and deepen what is the best psychomotor practice within an institution for the elderly population.

Keywords – Psychomotricity, Aging, Mental Health, Casa de Saúde da Idanha, Psychomotor Intervention, Psychomotor Assessment, Case Studies, Elderly, Internship, Psychogeriatrics.

Índice

Introdução	9
Parte 1 – Enquadramento Teórico	10
1. Saúde Mental	10
1.1 Perspetiva histórica da Saúde Mental	10
1.2 Saúde mental em Portugal	12
2. Psicomotricidade	13
3. Envelhecimento.....	15
3.1 Psicomotricidade no envelhecimento.....	17
3.2 Objetivos da intervenção terapêutica em idosos.....	18
Parte II – Intervenção Psicomotora na Casa de Saúde da Idanha	20
4. Intervenção Psicomotora na Casa de Saúde da Idanha	20
4.1 Psicomotricidade na Casa de Saúde da Idanha	20
4.2 Caracterização da Instituição	21
5. Apresentação do Estudo de Caso I.....	24
5.1 Dados da história da utente PM.....	24
5.3 Bateria Psicomotora	24
5.5 Relatório Intervenção Psicomotora	31
6. Apresentação Estudo Caso II	33
6.1 Dados da história da utente MR	33
6.2 Demência Frontotemporal.....	33
6.3 Avaliação Psicomotora Inicial.....	35
6.4 Avaliação Psicomotora Final.....	40
7. Outros casos acompanhados	42
7.1 Acompanhamento utente EG	42
7.2 Acompanhamento utente CA	42
7.3 Acompanhamento grupo unidade de psiquiatria.....	43
7.4 Acompanhamento grupo de utentes com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais	44
8. Atividades Complementares de Formação	44
8.1 Ambientes formais de aprendizagem.....	44
8.2 Ambientes informais de aprendizagem.....	45
9. Aplicação EGP.....	48

10. Conclusão.....	50
11. Bibliografia	52
12. Anexos	54

Índice Figuras

Figura 1. Distribuição dos grupos de patologias por regiões de saúde.....	12
Figura 2. Objetivos a ser trabalhados através da prática psicomotora.....	18
Figura 3. Horário das atividades de estágio.....	21
Figura 4. Planeamento geral utente PM.....	30
Figura 5. Planeamento geral utente MR.....	39

Índice Tabelas

Tabela 1. Avaliação Psicomotora Inicial da utente PM	27
Tabela 2. Avaliação das áreas fortes e fracas da utente PM	28
Tabela 3. Avaliação Psicomotora final utente PM.....	31
Tabela 4. Características clínicas de diagnóstico da demência frontotemporal	34
Tabela 5. Avaliação Psicomotora inicial utente MR	37
Tabela 6. Avaliação final utente MR.....	40

Índice

Anexo I	55
Grelha de Observação de Comportamentos em Meio Aquático	
Grelha de avaliação da Bateria Psicomotora	
Folha de Avaliação da Bateria Psicomotora adapta aos idosos	
Ficha de Avaliação do Comportamento na Sessão adaptada de Lesniewska	
Anexo II	80
Exemplo de planeamento de sessão da utente MR	
Exemplo de relatório de sessão da utente MR	
Anexo III	83
Exemplo de planeamento de sessão da utente PM	
Exemplo de relatório de sessão da utente PM	

Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular designada por Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), parte integrante do plano curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora 2011/2012, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa. O RACP tem por principais objetivos estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora nas suas vertentes científica e metodológica; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção, bem como a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas. Tem também como objetivo específico proporcionar uma aprendizagem específica no âmbito da Reabilitação Psicomotora, podendo assim o mestrando adquirir maior prática para a sua futura inserção no mercado de trabalho.

As atividades de estágio descritas neste documento decorreram na Casa de Saúde da Idanha, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, pertencente às Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Esta instituição tem por principais objetivos a prestação de cuidados diferenciados e humanizados, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, com qualidade e eficiência numa visão humanista e integral da pessoa. As principais populações acolhidas nesta instituição dizem respeito à psiquiatria, às dificuldades intelectuais e desenvolvimentais e à psicogeriatrica e gerontopsiquiatria.

Este relatório está dividido em duas partes, na primeira tenta-se fazer uma abordagem teórica aos principais conceitos relevantes para a prática do estágio em causa, tentando com isso explicar os fundamentos da intervenção psicomotora, da saúde mental e do envelhecimento. Com esta abordagem inicial tenta-se também estabelecer as relações entre os diferentes conceitos e justificar a razão e necessidade deste tipo de intervenção, da prática psicomotora nas populações onde se pôde intervir.

Na segunda parte do relatório são apresentadas mais detalhadamente todas as atividades efetuadas durante o estágio na Casa de Saúde da Idanha. É apresentada a constituição e caracterização da Instituição, o modo como a psicomotricidade se encontra em prática e em que diferentes populações é que esta é mais utilizada. São também apresentados dois estudos de casos, onde são descritos de forma detalhada os dados dos utentes, a avaliação psicomotora efetuada e consequente plano de intervenção elaborado, assim como a avaliação final e ainda uma pequena abordagem teórica sobre os tipos de doença diagnosticados em cada um dos casos. São ainda apresentadas outras intervenções realizadas, embora de forma mais resumida e outras atividades complementares de formação e lazer realizadas no âmbito do estágio e promovidas a sua maioria pela Instituição. No final há ainda lugar à apresentação da participação numa investigação a decorrer na Faculdade de Motricidade Humana, com vista à adaptação dum instrumento de avaliação psicomotora para a população idosa portuguesa. Conclui-se o relatório com uma reflexão sobre todas as vivências realizadas no estágio, onde se tenta relacionar toda a prática vivida com a teoria adquirida previamente e se reflete sobre o que se poderá fazer futuramente, para melhorar esta que é a área de intervenção da Reabilitação Psicomotora.

Parte 1 – Enquadramento Teórico

1. Saúde Mental

1.1 Perspetiva histórica da Saúde Mental

Sempre existiram casos de perturbações mentais documentadas desde as mais antigas civilizações e como consequência, a tentativa da explicação e cura dessas mesmas perturbações. Alguma dificuldade existente em estudar a medicina praticada na altura deve-se ao facto de existir uma grande associação dos conceitos de saúde mental com conceitos religiosos ou místicos (Cordeiro, 2009).

No antigo Egipto, o tratamento das perturbações mentais era sobretudo à base de meios físicos, psíquicos e espirituais. Já na Bíblia, existem diversas referências à doença mental, nomeadamente a figuras que padecem de melancolia e depressão ou diferentes psicoses. No seio da cultura judaica da altura, já a epilepsia e a “loucura” eram doenças bem definidas e não sobrenaturais (Cordeiro, 2009). Surge na Grécia, no século IV a.C., Hipócrates, que apresenta uma conceção médica do ser humano assente na teoria dos quatro humores corporais, sendo eles: o sangue, a bília, a linfa e a fleuma. Hipócrates define as perturbações mentais como um desequilíbrio entre os diferentes humores. Nesta época surge ainda Heráclito que defende a existência do conceito de “alma”, algo etéreo, separado do corpo como organismo (Cordeiro, 2009).

Na idade média verifica-se um retrocesso na visão do doente mental, sendo a crença geral, que este era vítima de feitiçarias e magia negra. Todo este clima obscurantista só se começa a dissipar com o aparecimento das civilizações árabes, que começam por construir os primeiros hospitais psiquiátricos de que há conhecimento (Cordeiro, 2009). A partir do século XIV, em plena época renascentista, começam-se a construir diversas instituições para doentes mentais, fortemente influenciadas pela presença árabe. É por volta do final século XIII também, que a ideia de loucura começa a ser tratada como uma doença diferente das outras, começando a ser vista não como uma doença do corpo, mas como uma doença da mente, chegando mesmo a haver debates sobre quem estaria melhor preparado para tratar estes doentes, se filósofos ou médicos (Kendell, 2001). Apesar destes avanços, o doente mental, popularmente, continua a ter a mesma visão e aceitação que na idade média, sendo exibido em feiras ou nas ruas ou então recolhido de forma asilar para as instituições, não se tentando nunca a reabilitação ou a cura, algo que só vai surgir em finais do século XIX (Cordeiro, 2009; Holtzman, 2012).

No final do século XIX, devido às deteriorações cada vez mais visíveis dos hospitais públicos e com a população mais empobrecida que padecia de um qualquer distúrbio mental confinada aos asilos psiquiátricos, os médicos da altura começaram a acolher os pacientes mais ricos nas suas próprias casas, sendo encarada como uma boa alternativa ao cuidado da população (Holtzman, 2012). Na altura todos estes asilos privados ofereciam os tratamentos em voga na altura, tal como hidroterapia, estimulação elétrica e descanso. Nos Estados Unidos da América o interesse pela investigação da saúde mental aumenta apenas, aquando da Guerra Civil, por se verificarem diversos casos de psiquiatria (Cordeiro, 2009). No entanto é apenas após a Primeira Guerra Mundial que o tratamento das perturbações mentais sofre um novo revés, quando se vai tomando mais consciência que banhos e choques elétricos não são a solução ideal de tratamento, começando então a dar-se maior ênfase à psicoterapia (Holtzman, 2012).

Em 1948 é criada a Organização Mundial de Saúde, e com esta, a criação dos conceitos de higiene mental e de saúde mental. O primeiro refere-se a “todas as atividades e técnicas que encorajem a manterem a saúde mental. Saúde mental é

uma condição, sujeita a flutuações devido a fatores biológicos e sociais, que levam o indivíduo a conseguir uma síntese satisfatória dos seus próprios potenciais conflitos, impulsos instintivos, para formar e manter relações harmoniosas com outros e para participar em mudanças construtivas no seu ambiente físico e social” (World Health Organization, 1951 cit in. Bertolote, 2008). Atualmente embora admita não existir uma definição oficial de saúde mental, a Organização Mundial de Saúde identifica-a como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (World Health Organization, 2004).

Na década de 60 surge outro marco na história do doente mental, havendo uma passagem de uma visão da psiquiatria curativa, para perspetivas preventivas na saúde mental. Esta mudança de paradigma leva a várias diferenças de tratamento e de mobilização de meios para o melhor acompanhamento do doente (Cordeiro, 2009). Com esta nova visão o objeto de estudo não é apenas uma pessoa individualmente, mas sim essa pessoa inserida no seu ecossistema, população. Daí a necessidade de estudos epidemiológicos das doenças mentais para se poder caracterizar diferentes populações. O foco passa a deixar de estar na doença em si ou no doente, centrando-se sim, nas condições pessoais e sociais de equilíbrio, que se opõem à doença. Outra característica deste novo modelo preventivo é o facto da intervenção não se basear somente num técnico psiquiatra ou numa equipa de saúde mental, mas sim em todas as valências médicas e sociais disponíveis na comunidade (Cordeiro, 2009). A saúde mental preventiva pode ainda ser dividida em quatro níveis diferentes de prevenção:

- Prevenção primária, que consiste na promoção da saúde, desde as condições gerais de saúde na sociedade, higiene na escola e no trabalho, até à profilaxia da doença, como por exemplo a vacinação. O principal objetivo desta prevenção é evitar o aparecimento da doença através da diminuição do risco;
- Prevenção secundária define-se como sendo o diagnóstico e o tratamento precoce, tendo por objetivo a prevenção de complicações ou agravamento de uma perturbação já diagnosticada;
- Prevenção terciária consiste na reabilitação da pessoa doente;
- Prevenção quaternária tem por objetivo evitar a hospitalização prolongada e consequente isolamento social da pessoa doente (Cordeiro, 2009).

Desde sempre uma das principais dificuldades na história da saúde mental foi a necessidade de classificação das diferentes perturbações, algo que só nos últimos anos foi conseguido (American Psychiatric Association, sd). Houve diversos tipos de classificações desde a antiguidade, no entanto nunca houve um consenso sobre a etiologia e os próprios conceitos de definição das diferentes perturbações, pois alguns sistemas apenas tinha algumas categorias de diagnóstico enquanto outras tinham centenas. Foi após a Segunda Guerra Mundial que a Organização Mundial de Saúde apresenta a sexta edição do International Classification of Diseases (ICD) que pela primeira vez incluía uma secção sobre perturbações mentais. Esta edição do ICD-6 foi fortemente influenciada pelas organizações de veteranos da guerra, o que levou a haver 10 categorias diferentes de psicoses e psiconeuroses descritas e sete categorias para distúrbios da personalidade, do comportamento e inteligência, todas estas, perturbações comumente associadas aos combatentes pós-guerra. (APA, sd). Em 1952 o Comité de Nomenclatura e Estatísticas da Associação Americana de Psiquiatria desenvolve e publica uma obra semelhante ao ICD-6, de seu nome Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I). Esta obra continha um glossário de descrições de categorias de diagnóstico e foi o primeiro manual sobre perturbações mentais focado essencialmente na prática clínica. Em 1980 é publicada a terceira edição do DSM que introduz um número significativo de inovações metodológicas incluindo critérios de diagnóstico explícitos, um sistema multiaxial e uma abordagem descritiva que tentava ser neutra em relação às teorias da etiologia

das perturbações. Dois anos antes saía o ICD-9 que não incluía nem um sistema multiaxial nem critérios de diagnóstico pois a sua principal função era delinear diferentes categorias para o inventário de estatísticas de saúde (APA, sd). Atualmente os dois sistemas em uso são o ICD-10 e o DSM-IV que se encontram com uma maior congruência que anteriormente nas suas duas edições, não deixando no entanto de ter diferenças entre ambos. Jablensky (2009) encontra um grupo de 23 perturbações que apresentam diferenças substanciais nos dois sistemas diferentes, e um grupo de 50 perturbações que diferem apenas na terminologia utilizada. Este espectro enaltece a dificuldade que existe em definir um sistema exato e único para definir todas as perturbações mentais existentes (Jablensky, 2009). Jablensky (2009) afirma ainda que numa futura publicação dos diferentes sistemas de diagnóstico das perturbações, que deverá ser tido em conta o paciente, os seus direitos e o seu bem-estar, quer dizer com isto, que dever-se-ão excluir terminologias que levem ao estigma do doente no seio da sociedade.

1.2 Saúde mental em Portugal

Em Portugal, o modelo aplicado de intervenção na saúde mental é o comunitário, tendo sido preconizado pela OMS no início da década de 70, caracterizando-se pelas infraestruturas de intervenção:

- Estarem localizadas mais perto da residência dos cidadãos,
 - Serem parte do sistema de saúde, o que ajuda a diminuir o estigma associado às instituições psiquiátricas,
 - Disponibilizarem a globalidade de cuidados de modo abrangente.
- (Direção Geral de Saúde, 2004)

Os primeiros centros de saúde mental foram surgindo a partir de 1965, sendo que até 1980 cerca de 60% da população portuguesa se encontrava coberta pelos 21 centros existentes na altura (DGS, 2004). Com todas as alterações no sistema de saúde, levou a que houvesse uma criação de serviços descentralizada o que levou a uma melhoria na efetividade da intervenção terapêutica e uma redução visível do número e duração de internamentos.

Segundo os censos psiquiátricos realizados pela Direção Geral de Saúde em 2001 onde participaram 66 instituições entre públicas e privadas pôde-se verificar que epidemiologicamente a perturbação mental que mais se verificava entre a população portuguesa era a esquizofrenia com cerca de 21% dos pacientes, seguindo-se as depressões, dificuldades intelectuais e desenvolvimentais e as perturbações ligadas ao consumo de substâncias alcoólicas.

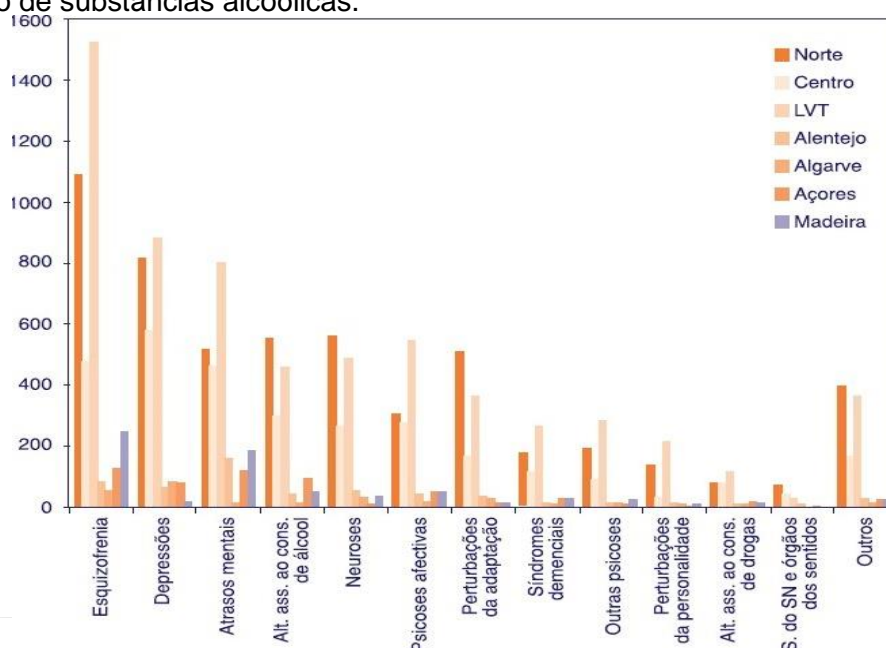


Figura 1. Distribuição dos grupos de patologias por regiões de saúde (Direção Geral de Saúde, 2004)

2. Psicomotricidade

A significação dada ao corpo, objeto de trabalho e de maior enfoque por parte da psicomotricidade, foi sendo modificada diversas vezes ao longo da evolução humana. Desde os primórdios da civilização grega, dos grandes filósofos até finais do século XIX, pela altura da Revolução industrial, que o corpo veio sempre a ser negligenciado em detrimento da mente. É então com o aparecimento de novas áreas de estudo como a neurologia e posteriormente a psiquiatria que o corpo toma um maior relevo no âmbito da investigação e se começa a dar uma maior importância às diferentes problemáticas relacionadas com o corpo que se vão descobrindo (Fonseca, 2007).

No final do século XIX, há uma mudança de paradigma em relação à forma como a sociedade vê a criança, deixando de a ver como apenas a miniatura de um adulto formado. É então que se afirma que as crianças devem ser ensinadas na escola e deve haver um trabalho realizado com elas para ajudar no seu desenvolvimento não apenas físico mas psicológico e emocional também. Com toda esta mudança de paradigma, em conjunto com o crescente conhecimento sobre o corpo, aparecem assim os primeiros impulsos para o surgimento dos principais percursos da psicomotricidade (Ballouard, 2008).

Dupré, neurologista francês, é o primeiro em 1907, a evidenciar a síndrome de “debilidade motora” num paciente nos seus trabalhos, identificando diferentes características como as paratonias, sincinesias e inabilidades, sem que sejam identificadas quaisquer lesões. Dupré começa também a relacionar os problemas e desenvolvimento anormal corporal com os problemas do foro psicológico, começando assim a construir as bases da ligação do corpo com o psiquismo:

«Plus on étudie les troubles moteurs chez les sujets psychopathes, plus on acquiert la conviction que les étroites relations qui unissent les anomalies psychiques et les anomalies motrices sont l’expression d’une solidarité originelle et profonde entre le mouvement et la pensée.» (Dupré, cit in Hermant, 2008).

Mais tarde surgem outros autores contribuindo também com diversas terminologias que irão influenciar a psicomotricidade como ciência de estudo, Head com a noção de esquema corporal, Schultz e Jacobson com os seus trabalhos sobre as bases da relaxação corporal e também Piaget com grande influência nomeadamente no que ao desenvolvimento normal da criança diz respeito. No entanto o grande salto na psicomotricidade dá-se com o médico, psicólogo e pedagogo Henry Wallon e os seus trabalhos sobre o tónus e a emoção, assim como os seus estudos sobre o desenvolvimento neurológico em recém-nascidos. Tal como Guilmain, que apresenta um esboço dum primeiro exame psicomotor e de alguns métodos de ensino e de reabilitação psicomotora com o objetivo de reeducar a atividade tónica e o controlo motor (Hermant, 2008).

Após a Segunda Guerra Mundial, Julian de Juriaguerra junto com uma equipa composta por diversos médicos e psicólogos liderado por Soubiran criam o primeiro serviço de reeducação psicomotora. Todos os trabalhos realizados são então compilados na Charte de 1960, a primeira grande obra sobre psicomotricidade, onde são englobadas todas as definições de problemas psicomotores, as suas classificações, avaliações e possíveis tratamentos através de sessões estruturadas (Hermant, 2008).

São diversas as atuais definições sobre o que realmente é a prática psicomotora, Rodriguez (2002) identifica-a como uma intervenção que se baseia no pressuposto que o movimento do corpo é indissociável do comportamento e o seu desenvolvimento é paralelo ao desenvolvimento cognitivo. Tal como Montañes e Kist (2011) que da mesma forma definem a psicomotricidade com base na visão global da pessoa e das interações existentes entre a cognição, a emoção, o simbólico e o

sensorio motor, e toda a capacidade destes conceitos se expressarem da melhor forma num determinado contexto psicossocial com vista ao desenvolvimento harmonioso da personalidade do individuo. A Associação Portuguesa de Psicomotricidade descreve a prática psicomotora como:

A Psicomotricidade pode ser definida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade. Baseada numa visão holística do ser humano, a psicomotricidade encara de forma integrada as funções cognitivas, sócio-emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, sd).

A psicomotricidade tem como objeto de estudo o comportamento corporal através de toda a sua significação expressiva, comunicativa, relacional, simbólica ou lúdica. Coste (cit in. Vila, 2006) afirma que a intervenção psicomotora atua ao nível corporal, embora não no corpo constituído pela matéria de cada um, mas sim o corpo concebido por cada individuo como a representação real de si mesmo no mundo. É apenas através do seu corpo que cada um pode expressar os seus desejos e intenções, e como tal, trata-se de um corpo vivenciado, imaginado e verbalizado pelo sujeito, é portanto através do corpo que se reflete o verdadeiro ser de cada sujeito, e é esse o enfoque principal de um psicomotricista. Saint-Cast (2004) afirma ainda que o objetivo da psicomotricidade é sobretudo melhorar e restaurar a adaptação psicológica, preceptiva e motora do individuo, isto através de todos os métodos utilizados, centrados no sujeito, no seu corpo e psiquismo.

Atualmente a psicomotricidade atua em diferentes tipos de populações, podendo atuar na escola com crianças com problemas de desenvolvimento, na reeducação de indivíduos com dificuldades psíquicas ou sensoriais até qualquer terapia na idade adulta e idosa que vise facilitar o crescimento pessoal ao longo da vida (Vila, 2006). A Fédération Française des Psychomotriciens diz que a prática psicomotora e quem dela poderá beneficiar passa por crianças com problemas desenvolvimentais, com atrasos nas aquisições psicomotoras, com dificuldades de aprendizagem, indivíduos com problemas tónico emocionais ou problemas do foro da saúde mental, assim como idosos com problemas de redução de autonomia, entre outros.

Vendo a psicomotricidade como uma metodologia de trabalho, podemos distinguir três níveis diferente de intervenção, que vão ser diferenciadas segundo a população com que se está a trabalhar e também com os objetivos a serem trabalhados. Temos então:

- Educação psicomotora, onde a base de ação é essencialmente a escola e as crianças, com o objetivo de intervir para favorecer um desenvolvimento normal através de atividades globais dirigidas à idade da criança em questão;
- Reeducação psicomotora, neste caso a intervenção é realizada se se verifica ou suspeita da existência de um desenvolvimento alterado da criança, que demonstra dificuldades acrescidas na aprendizagem normal expectável;
- Terapia psicomotora, surge como forma de intervenção para indivíduos com alterações a vários níveis, tanto cognitivas como emocionais. Neste caso a intervenção poderá ser realizada com qualquer tipo de população, incluindo indivíduos com perturbações mentais, adultos ou idosos a sofrer de problemas cognitivos demenciais ou indivíduos com algum tipo de deficiência motora ou ainda com qualquer outro tipo de necessidades especiais (Rodriguez, 2003).

A intervenção psicomotora, apresenta vários tipos de técnicas de condução corporal através da qual se pretende o melhoramento das habilidades psico-socio-

motoras do indivíduo, para que este possa otimizar sua resposta em relação às exigências do meio (Vila, 2006). Algumas das técnicas mais utilizadas durante as sessões psicomotoras são a

- relaxação,
- técnicas de expressão corporal,
- técnicas reeducativas,
- jogos espontâneos e de atividade simbólica (Fédération Française des Psychomotriciens, sd).

3. Envelhecimento

Atualmente a população mundial encontra-se num período de envelhecimento bastante acelerado, em maioria graças ao aumento da esperança de vida, devido a novas descobertas científicas do foro medicinal, como também à melhoria das capacidades sociais e económicas de grande parte dos países do mundo. Com este envelhecimento acrescido, novos paradigmas e preocupações aparecem na sociedade, como cuidar das pessoas mais velhas, como tentar fazer delas indivíduos ativos na sociedade e principalmente como proporcionar-lhes a maior qualidade de vida possível (Saldanha, 2009; Montañés & Kist, 2011).

O estudo e a preocupação pelo envelhecimento do ser humano é uma área que preocupou os estudiosos desde sempre, não se tratando duma simples tendência atual. São inúmeras as referências sobre a temática do envelhecimento que surgem no Antigo Testamento, assim como no campo de trabalho de vários filósofos. São portanto várias as teorias referentes ao envelhecimento. Para Platão o envelhecimento era visto como a continuidade da vida adulta, com ganhos de sabedoria e experiência, vendo uma sociedade ideal como uma gerontocracia. Já Aristóteles tinha uma visão oposta relativamente ao envelhecimento, destacando as dificuldades e deteriorações consequentes do envelhecimento. Hipócrates, foi o primeiro a formular pressupostos médicos referentes ao envelhecimento, destacando-o como um fenómeno natural e irreversível, que não constituía em si mesmo uma doença mas que predispunha a pessoa a diversas outras doenças através da diminuição de resistência do corpo. No início do século XX a partir da visão de Elie Metchnikoff, Prémio Nobel de medicina, foi criado um novo ramo científico, a gerontologia, que se dedica essencialmente ao estudo dos idosos e das suas características mais proeminentes (Paúl, 2005).

O envelhecimento é tratado por Cordeiro (2009) como um processo de involução, um período de extremas mudanças tanto a nível biológico, psicológico como social, assim como nas interações com o outro. Com o envelhecimento, há a tendência para o idoso se ir distanciando e isolando socialmente, isto leva ao aparecimento, muitas vezes de um estado de insegurança e de vulnerabilidade perante as dificuldades habituais da vida, o que vai fazer com que se isole mais ainda, tornando-se num ciclo vicioso (Cordeiro, 2009). Durante muito tempo, as perturbações mentais do idoso eram consideradas apenas como a consequência de um estado demencial, logo irreversíveis. Hoje verifica-se que os problemas do envelhecimento ultrapassam em muito apenas os estados demenciais, tendo que se ter em conta também as características físicas e psíquicas da pessoa, assim como a sua condição social (Cordeiro, 2009).

Alguns autores, segundo Cordeiro (2009), admitem no entanto que a delimitação entre o normal e o patológico é uma questão falsa, afirmam que o envelhecimento patológico não é mais que uma aceleração do processo normal de senescência ou um exagero da evolução.

São vários os fatores que se vão modificando ao longo do envelhecimento. Tanto a memória como a atenção, têm a tendência para ir diminuindo ao mesmo

tempo que se vão caracterizando dificuldades na aquisição de novas aprendizagens ou na adaptação a novas situações, o que é consequência de um estado de fadiga intelectual (Cordeiro, 2009).

Na componente emocional, através das diferentes alterações que a pessoa idosa vai apresentando, pode por vezes reagir através do aparecimento de sintomas como a depressão, retraimento sobre si mesmo, recusa de interação ou revolta. Existe então uma tendência frequente para o desenvolvimento de uma personalidade de introversão, o que vai facilitar por vezes o aparecimento de traços esquizoides pré-existentes, e de preocupações hipocondríacas e paranoides. No entanto, alguns traços negativos já existentes e vinculados da personalidade do idoso tendem a agravar-se com o envelhecimento também (Cordeiro, 2009).

Devido a queixas somáticas frequentes em pessoas de idade, começam também por apresentar perturbações da consciência em conjunto com um menor poder de decisão crítica e dum aumento de estados confusionais com a libertação do seu imaginário sob a forma de confabulações. Estas perturbações da consciência caracterizam-se pela desorientação no espaço e no tempo, pela desorientação autopsíquica e alopsíquica (Cordeiro, 2009).

Atualmente são diversas as teorias existentes sobre as principais causas do envelhecimento, algumas delas são: a Teoria Evolucionária do Envelhecimento, a Teoria da Energia Vital e a Teoria dos Radicais Livres. A primeira teoria assenta nas leis evolucionárias de Darwin e afirma que numa população quanto mais tardiamente a reprodução dessa população ocorrer, mais longevidade terá, pois apenas os indivíduos mais saudáveis irão sobreviver até à altura da reprodução, transmitindo geneticamente aos seus descendentes menor número de genes ligados a doenças. A segunda teoria sobre a energia vital, indica-nos que cada organismo apenas pode despende uma determinada quantidade de energia por unidade de massa durante uma vida, isto é, quanto mais energia gasta precocemente (através de acontecimentos vitais biológicos, como traumatismos, cancros ou infeções) menos tempo irá o indivíduo viver. A teoria dos Radicais Livres é talvez das mais consensuais atualmente sobre o envelhecimento, ela defende que tanto o envelhecimento como as doenças degenerativas consequentes resultam de alterações a nível molecular e de lesões celulares provocadas por radicais livres, isto é, a velocidade do metabolismo de cada indivíduo é o que vai definir primariamente o seu envelhecimento (Nunes, 2008). Birren e Zarit (cit in. Spar & La Rue) definem o envelhecimento como “envelhecimento biológico, senescência, é o processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de autorregulação, reparação e adaptação às exigências ambientais”.

Vários autores afirmam existirem diferenças nas capacidades cognitivas entre os adultos jovens e idosos, identificando algumas cujo declínio se verifica mais precocemente, tais como atividades ligadas ao desempenho e à resolução de problemas, ao contrário de tarefas de vocabulário e informação que parecem permanecer estáveis durante mais tempo (Denney; Spar & La Rue). Denney identifica ainda dois tipos diferentes de capacidades cognitivas, as capacidades não exercitadas, isto é, capacidades inerentes a cada indivíduo duma espécie, e as capacidades exercitáveis, capacidades que cada indivíduo pode melhorar através de treino em condições ótimas. Através dos seus estudos, pôde concluir que ambas capacidades vão sofrendo um declínio a partir da idade adulta, sendo este menos acentuado no segundo tipo de capacidades.

Park (cit in. Spar & La Rue) afirma que os défices nas capacidades cognitivas estão estreitamente ligadas com declínios em três áreas fundamentais dos processos cognitivos, sendo elas: a velocidade de processamento de informação, a memória de trabalho e as capacidades sensoriais e percetuais.

Sabe-se que com o envelhecimento, surgem modificações não só cognitivas mas também físicas no indivíduo. Começa a surgir uma atrofia mais demarcada da

massa muscular, assim como uma degeneração de todos os componentes das articulações, o que leva a um maior declínio da capacidade física do indivíduo, se não for corretamente colmatada (Vila, 2006; Saldanha, 2009).

A qualidade de vida de um indivíduo está profundamente ligada com a sua capacidade física, com a sua independência e capacidade de realizar as atividades necessárias ao seu dia-a-dia da forma mais satisfatória possível. Através da prática de exercício físico adequado vai ser possível não só minorar os efeitos práticos do envelhecimento, como também manter ou aumentar a qualidade de vida. Saldanha (2009) identifica como principais vantagens da prática de atividade física pelos idosos a:

- manutenção do tônus muscular;
- conservação e melhoria dos movimentos articulares;
- fácil controlo dos movimentos espontâneos;
- atraso no aparecimento de alterações da imagem corporal;
- influencia benéfica sobre o sono;
- aumento da sensação de bem-estar;
- melhoria da autoestima.

3.1 Psicomotricidade no envelhecimento

Como já foi referido anteriormente, com o envelhecimento, vão ocorrendo diversas transformações nas pessoas, nomeadamente ao nível físico e psíquico, como tal é importante haver uma intervenção mais especializada nesta população de forma a poder prevenir e minimizar os efeitos negativos do envelhecimento, seja normal ou patológico (Vila, 2006).

No seio de uma população mais envelhecida, a psicomotricidade ganha uma maior importância devido aos seus fundamentos e das suas práticas bem sustentadas no auxílio dos problemas afetos aos gerentes. Graças à sua visão holística do ser humano, através da sua significância expressiva, comunicativa, relacional ou simbólica, a psicomotricidade irá ser capaz de ajudar nas mais diversas dificuldades apresentadas por um paciente (Vila, 2006).

Através da utilização da terapia psicomotora, pretende-se que os idosos usufruam de um conjunto de metodologias que os ajudem a minimizar os défices já registados ou a prevenir novos desenvolvimentos patológicos. Durante as sessões são portanto, diversas os constructos que se tentam trabalhar (Vila, 2006).

É importante trabalhar adequadamente a velocidade de reação, o que fará que o idoso se sinta mais seguro, evitando a dúvida que poderá gerar um aumento de estímulos imprevistos, que poderá resultar em quedas ou acidentes. O controlo tónico é outro aspeto que o psicomotricista deverá procurar potenciar no idoso, pois trata-se de uma função de extrema importância na regulação da postura e do tonos de ação, podendo assim evitar problemas musculares. Outros aspetos que devem ser trabalhados são o equilíbrio, fundamental na prevenção de quedas, e no aumento da funcionalidade e independência do idoso, e as coordenações preceptivo-motoras (Rodriguez, 2002). Em termos cognitivos, é importante salientar ainda o enorme trabalho que se deve fazer ao nível da atenção e da memória, duas das competências cognitivas que mais poderão sofrer com o passar dos anos. Há que estimular a atenção do idoso de forma a melhorar a sua capacidade de processamento e resposta, estimular a sua memória de forma a poder reter mais informação e durante mais tempo, assim como ajudar na aquisição de novas aprendizagens (Rodriguez, 2002; Vila, 2006). A figura apresentada em baixo resume todas as capacidades que devem ser trabalhadas dentro das diferentes competências e quais os benefícios que

lhes vão trazer, nomeadamente ao nível da autonomia, bem-estar e participação ativa na comunidade (Vila, 2006).

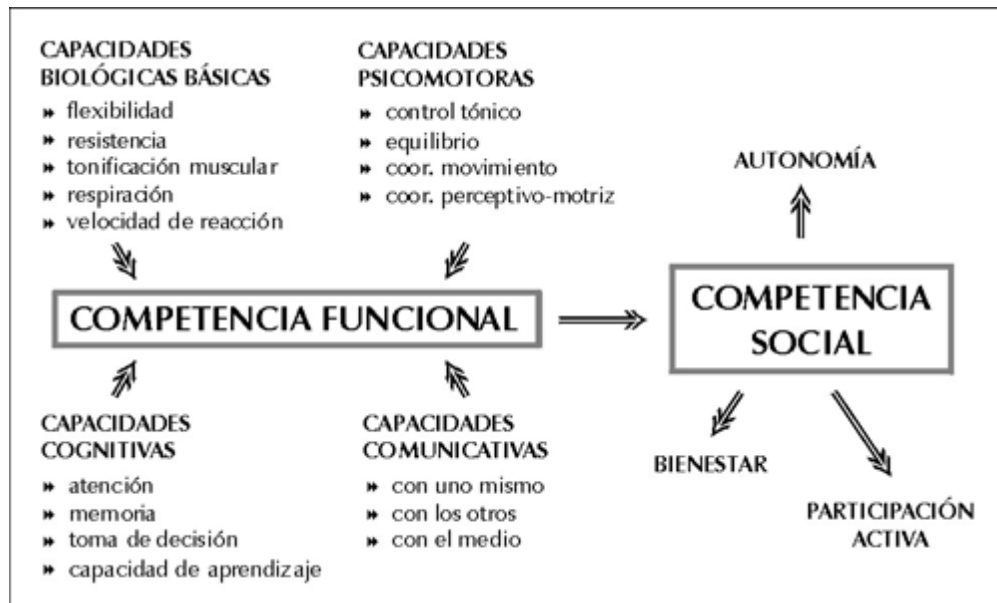


Figura 2. Objetivos a ser trabalhados através da prática psicomotora (Vila, 2006)

Como já foi descrito anteriormente, a psicomotricidade é uma metodologia que pode ser encarada dentro de três níveis de intervenção: educação, reeducação e terapia psicomotoras, que vão ser diferenciadas principalmente aquando da sua utilização na vida do utente e da sua própria idade (Rodriguez, 2002).

Na utilização da psicomotricidade com populações mais idosas, esta classificação não faz muito sentido, Rodriguez (2002), indica uma nova classificação inspirada na psicologia comunitária e que se baseará nos três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária.

A prevenção primária seria aquela que se utilizaria com idosos saudáveis, de forma a prevenir que os défices associados à velhice aumentem exponencialmente e se transformem em patologias severas. O psicomotricista poderá realizar as suas intervenções num qualquer espaço dedicado e centraria o seu trabalho principalmente em jogos e estratégias que favoreçam a socialização (Rodriguez, 2002).

Quando se trabalha com idosos com algumas dificuldades cognitivas ou funcionais já mais vincadas será necessário realizar uma intervenção mais exaustiva, tentando realizar uma reeducação das competências perdidas juntamente com as que mantem intactas, esta seria a fase de prevenção secundária (Rodriguez, 2002).

No caso de o idoso sofrer de alguma demência ou doença severa que implique diversos défices, deverá ser realizada uma prevenção terciária onde o enfoque da intervenção estaria relacionado não prioritariamente com a manutenção ou reeducação das competências pessoais, mas antes com proporcionar um aumento da qualidade de vida através da descoberta de prazer pelo movimento do seu corpo ou através de atividades lúdicas (Rodriguez, 2002).

3.2 Objetivos da intervenção terapêutica em idosos

Através da intervenção psicomotora numa população idosa, pretende-se alcançar diversos objetivos, alguns diferentes dos preconizados com outro tipo de populações mais habituadas a receber este tipo de intervenção, Rodriguez (2002) e Vila (2006) enaltecem alguns:

- Facilitar um envelhecimento bio-psico-afetivo saudável;
- Melhorar aspetos cognitivos tais como a memória e atenção;
- Favorecer a autonomia pessoal;
- Melhorar os problemas do tipo psicomotor, nomeadamente o controlo postural e o equilíbrio;
- Revalorizar o seu próprio corpo e potenciar a autoestima do idoso;
- Evitar os problemas relacionados com o ócio, causadores de diversas disfuncionalidades físicas;
 - Propiciar momentos satisfatórios que resultem em sentimentos de tranquilidade;
 - Desenvolver as capacidades comunicativas e de interação, prevenindo assim o isolamento.

Parte II – Intervenção Psicomotora na Casa de Saúde da Idanha

4. Intervenção Psicomotora na Casa de Saúde da Idanha

4.1 Psicomotricidade na Casa de Saúde da Idanha

Na Casa de Saúde da Idanha a intervenção psicomotora é oferecida apenas por uma terapeuta, mestre em Reabilitação Psicomotora e atualmente a tirar o doutoramento na mesma área. Tem o seu gabinete sediado na Unidade 6, unidade afeta à população com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, mas exerce as suas funções de apoio e intervenção também noutras unidades, nomeadamente de gerontopsiquiatria, psiquiatria e nas consultas externas.

A intervenção psicomotora na Instituição é realizada em diferentes espaços, consoante a população em causa e os principais objetivos terapêuticos. A prática psicomotora dispõe assim de um ginásio amplo, com uma vasta quantidade de materiais, onde se realizam intervenções maioritariamente em grupo, com populações com maior grau de mobilidade, que se possam deslocar autonomamente. Existem também as salas de softplay e de snoezelen, embora a segunda seja a mais usada, para intervenções mais focalizadas, utilizada normalmente para sessões de intervenção individuais, onde o principal enfoque está na descoberta e tomada de consciência por parte do utente dos diferentes tipos de estímulos presentes à sua volta. Outro local onde é possível observar por diversas vezes intervenções, é no tanque terapêutico. Neste espaço é possível realizar-se uma intervenção em grupo com dinâmicas diferentes do que se poderá realizar numa sala terapêutica ou ginásio, devido à mudança de meio. As intervenções podem ser realizadas com utentes com um grau de mobilidade mais reduzido, pois o tanque encontra-se equipado com material de suporte para este tipo de população. Outro espaço bastante requisitado são as salas terapêuticas existentes em todas as unidades e foi onde se deu a maioria das intervenções realizadas ao longo do estágio, sobretudo nas unidades de gerontopsiquiatria, psicogeriatria e psiquiatria. Para além de todos estes espaços, a Instituição possui ainda vários espaços verdes ao seu redor, que servem muitas vezes de espaços extraordinários para a prática de diversas atividades psicomotoras.

Previamente a qualquer intervenção, é necessária uma avaliação psicomotora, para tal, na CSI utilizam-se diversos instrumentos de avaliação. A Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca é o mais utilizado para as questões psicomotoras, através duma adaptação para a população idosa. Para a avaliação do comportamento durante a sessão, nomeadamente conceitos como a vigilância, coerência, interação e compreensão das instruções, entre outros utiliza-se normalmente a Ficha de Avaliação do Comportamento na Sessão, com adaptação de Lesniewska (2000). Existe ainda uma Folha de Registo para Sessões de Grupo de Psicomotricidade, onde são registados como se verificou a concentração, adesão, satisfação, interação, participação, memória e comportamento de cada um dos utentes presentes na sessão de intervenção. Aquando da avaliação da adaptação ao meio aquático existe também uma Grelha de Observação de Comportamentos onde se avaliam algumas atividades da vida diária, como são a mobilidade na entrada e saída do tanque, a respiração, equilíbrio vertical e horizontal dentro de água e a propulsão e imersão. Após a conclusão da investigação a ser realizada para a adaptação do novo instrumento Exame Gerontopsicomotor (Michel, Soppelsa & Albaret, 2010) para a população portuguesa, irá ser possível também utilizá-lo para futuras avaliações da população idosa da Instituição.

Durante o estágio tivemos oportunidade tanto de aprender como posteriormente utilizar todos estes instrumentos durante as avaliações e o decorrer

das sessões de intervenção, tal como os espaços físicos, pudemos utilizá-los todos no decorrer do estágio, consoante os nossos objetivos ou a população com que intervimos. Em seguida é mostrado o horário de intervenção efetuado durante o estágio assim como as diferentes populações atendidas.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9:30 – 10:30		Intervenção em Meio Aquático	Grupo Psiquiatria Grupo DID	Intervenção em Meio Aquático	
10:30 – 11:30					
11:30 – 12:30					
12:30 – 13:30					
13:30 – 14:30					
14:30 – 15:30	Reunião de Equipa	Intervenção Individual		Intervenção Individual	
15:30 – 16:30		Grupo Psicogeriatría		Grupo Psicogeriatría	Reunião com orientador
16:30 – 11:30					

Figura 3. Horário das atividades de estágio

4.2 Caracterização da Instituição

A CSI, é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) localizada no concelho de Sintra, freguesia de Belas.

É uma instituição pertencente a uma ordem religiosa, nomeadamente à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, fundada a 31 de Maio de 1881 em Madrid por S. Bento Menni, Maria Angustias Gimenez e Maria Josefa Récio. A Congregação está presente em Portugal desde 1894 sendo a CSI o primeiro Centro Assistencial da Congregação criado no país. Para além desta, possui ainda mais 11 casas de saúde em Portugal sendo que estão distribuídas da seguinte forma: 8 delas situam-se no continente, 2 no arquipélago da Madeira e outras duas no arquipélago dos Açores, sendo que apresenta uma oferta de cerca de 2800 camas (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde da Idanha, sd).

A CSI tem como principal objetivo prioritário o de proporcionar às pessoas acolhidas nos seus estabelecimentos uma assistência e cuidados de saúde integrais. A sua missão no campo da saúde desenvolve-se através da oferta de serviços para pessoas com perturbações mentais, portadores de deficiência física e problemas psicológicos e ocasionalmente pessoas com outras patologias (IHSCJ – CSI, sd).

Está dividida em três diferentes tipos de valências, sendo elas a Deficiência Mental, a Doença Mental e a Psiquiatria, sendo esta última dividida em psiquiatria e psicogeriatría, consoante a idade dos seus utentes. Cada uma dessas valências é dividida em diferentes unidades, diferindo no grau de autonomia dos utentes, indo desde unidades de curto internamento, com incidência ligeira da patologia, até unidades de longo internamento com incidência profunda da patologia no utente. Temos assim uma instituição com doze diferentes unidades, sendo que sete são do âmbito da psicogeriatría, seis de longo internamento, e uma de curto internamento, existem três unidades de psiquiatria, duas de longo internamento, embora uma de incidência moderada e outra profunda da patologia em causa, e uma outra unidade de ambulatório, de casos agudos. Ao nível da deficiência mental existem duas diferentes unidades, uma com casos de deficiência mental profunda, e outra de casos mais moderados. Para além destas unidades de funcionamento, existem ainda 9 residências para utentes mais autónomos, sendo que 4 delas são consideradas autónomas, existindo fora do espaço físico ocupado pela Casa de Saúde, e outras 5 residências apoiadas, funcionam dentro da Casa de Saúde, e embora o grau de

autonomia dos seus utentes não seja tão elevado, é suficiente para poderem ser elas a tomar conta do local onde vivem, necessitando apenas de ligeiros auxílios em relação à limpeza e cozinha.

A CSI acolhe atualmente cerca de 400 utentes. O número de clientes está então dividido da seguinte forma: 117 nas unidades de psiquiatria, 150 utentes divididos pelas unidades de psicogeriatrica, 89 ao cuidado das unidades de deficiência mental e ainda 42 utentes distribuídas pelas 9 diferentes residências, autónomas e apoiadas. Há ainda a salientar que a grande maioria dos utentes da instituição é do género feminino, visto ter sido aberta a pessoas do género masculino há apenas poucos anos.

Atualmente a CSI tem disponíveis 4 diferentes edifícios, um dos quais, o edifício original da instituição, e três outros novos distinguidos externa e internamente pelas suas cores associadas nas paredes.

Temos então o edifício de cor amarela, que apresenta uma disposição mais central na organização atual da instituição, e que é o edifício principal onde se encontra a receção logo junto à entrada principal, temos nesse edifício dividido em 4 pisos, um piso mais inferior destinado a algumas estruturas de apoio como farmácia, armazém, rouparia, lavandaria, vestiário e refeitório dos colaboradores, e existem também estruturas de intervenção com os utentes, onde é possível observar-se um ginásio, uma sala de softplay e uma outra de snoezelen destinadas a terapias de cariz sensorial. No rés-do-chão, onde se encontra a entrada principal do pavilhão, é possível verificar-se também a existência de uma sala de formação, um bar e uma outra secção com os diferentes ateliês utilizados pelos utentes da maneira como entenderem, existindo então os seguintes ateliês: Encontro com as Palavras, Papel e Companhia, Artes Decorativas, Atelier Jasmim, Palhacinhos, Bijutaria e Estampagem, Ecologia, Acessórios, Oficina de Sombras Chinesas e Fantoques, Oficina Musical, Ateliê de Doçaria, Trabalhos Manuais, Lavoros, Tapeçaria e Ateliê dos Avós. Em relação ao resto do edifício, os dois pisos restantes são divididos em 4 unidades diferentes. No primeiro andar duas unidades de psiquiatria moderada, e no segundo e ultimo andar, uma unidade de psiquiatria profunda e uma outra de deficiência mental profunda. As estruturas dos dois pisos são semelhantes, sendo que as unidades são todas iguais no seu espaço físico, possuindo uma sala de estar comum a todos os utentes, casas de banho, um gabinete técnico, uma enfermaria e um refeitório por piso, e diversos quartos com duas a três camas cada por unidade. Acoplado a este edifício existe ainda um auditório utilizado pelos utentes para a realização de diversos espetáculos e festas temáticas, possuindo também camarins e salas de arrumos e outras salas de apoio.

Do lado esquerdo do edifício central encontra-se um outro edifício independente, de cor laranja, dividido em três pisos. É neste edifício onde se encontram as clínicas de medicina, tanto interna, para uso dos clientes da instituição, como externa. Ao nível da medicina interna há que destacar os gabinetes de medicina dentária, ginecologia e clínica geral, já em relação aos departamentos de medicina externa, encontramos gabinetes de psiquiatria, de psicologia e de enfermagem. Todas estas unidades estão presentes no rés-do-chão do edifício. No primeiro andar está situada a unidade de curto internamento, de casos agudos, onde são mais comuns os casos de pacientes com casos de perturbações de humor e da ansiedade, assim como de diversos tipos de psicoses. Possui também Quartos de Observação equipados com câmaras de vigilância. Estes quartos são utilizados em situações onde é necessário conter a pessoa e mantê-la sob vigilância. Atualmente o segundo andar está a ser utilizado com a mesma finalidade do primeiro piso, embora os planos sejam para que seja utilizado como unidade de internamento para jovens adolescentes.

Do lado direito da entrada principal da instituição, existe o terceiro edifício, este de cor verde, dividido em cinco pisos. O rés-do-chão está reservado para gabinetes e salas de apoio técnico e diretivo, temos portanto gabinete da direção clínica, da

direção de enfermagem, responsável pelo serviço de terapia ocupacional, responsável pelo serviço social, gabinete do responsável pelo serviço de psicologia, ainda gabinete do pastoral de saúde que oferece apoio espiritual e religioso e ainda uma sala de reuniões. Em relação ao primeiro piso, encontra-se lá os serviços de medicina física e reabilitação, onde existe um tanque terapêutico e diversas salas de intervenção, embora ainda nenhuma destas valências esteja ativa, um serviço de recursos humanos, um gabinete do diretor geral, gabinete da Irmã Superior, os serviços administrativos e o arquivo 'morto'. Nos dois pisos acima, segundo e terceiro funcionam 6 unidades de psicogeriatria, sendo que estas têm um espaço físico igual às unidades existentes no edifício laranja. No último piso está situada uma unidade de psiquiatria de médio internamento e futuramente será utilizado para a criação de uma unidade de intervenção e reabilitação de AVC's.

Temos ainda o edifício antigo, original da instituição, que tem comunicação física com o edifício verde, onde eram englobadas antigamente todas as valências existentes atualmente nos novos edifícios. Hoje existem ainda lá as residências apoiadas e a unidade de cuidados paliativos, uma outra parte pertencente à Unidade de São João de Deus será futuramente convertida num museu com pertences e informação histórica de toda a instituição e da própria Ordem onde esta está inserida.

Para o bom funcionamento e organização da Casa de Saúde, e para todo o apoio necessário aos utentes, é preciso que haja um grupo imenso de pessoas qualificadas para a intervenção e trabalho na instituição. Destaca-se assim uma equipa multidisciplinar onde se podem referir: 4 psicólogos, um para cada uma das valências, 4 terapeutas ocupacionais, 1 psicomotricista, um grande número de enfermeiros divididos pelas diversas unidades, médicos psiquiatras, 4 fisioterapeutas, 1 médico de medicina geral e um neurologista em part-time, 1 auxiliar de fisioterapia, um terapeuta da fala, uma educadora social, uma engenheira alimentar, três assistentes sociais, 1 professor de educação física, e ainda um elevado número de auxiliares e voluntários, assim como de pessoal referente aos serviços administrativos e recursos humanos da Instituição.

5. Apresentação do Estudo de Caso I

5.1 Dados da história da utente PM

A utente PM, é uma utente do sexo feminino nascida a 20 de Junho de 1982, tendo 29 anos pela altura da intervenção, solteira, natural e residente em Odemira, nunca trabalhou embora tenha tirado um curso profissional na área da informática.

Utente diagnosticada com doença distónica desde os 6 meses de idade. Cerca de 6 meses previamente ao seu internamento na CSI, surgiu um agravamento do seu estado geral de saúde com distonia aguda, o que levou a utente a sentir diversas dificuldades acrescidas, ficando totalmente dependente nas atividades de vida diária. Foi então internada no Hospital Santa Maria para a introdução de um dispositivo neuro estimulador para tentar estabilizar a situação da sua doença. A 08 de Novembro de 2011 é internada na CSI para estabilização pós-cirúrgica e para futura reabilitação. Foi admitida na unidade com o diagnóstico de distonia generalizada de etiologia desconhecida com movimentos coreicos paroxísticos e discinesias oro-mandibulares.

5.2 Distonia

A distonia é uma patologia neurológica, definida como uma perturbação motora de intensidade variável, caracterizada por contrações involuntárias de grupos musculares (Rondot & De Recondo, cit in. Bleton, 2000). Tem uma prevalência na Europa bastante residual. Normalmente verificam-se casos antecedentes familiares, nos doentes que sofrem desta patologia, o que leva a concluir que tem uma predominância genética acentuada (Pereira, 2010). Bleton (2000) afirma que a intervenção realizada com este tipo de população é diferente da utilizada em pessoas com diagnóstico de uma paralisia cerebral, pois na maioria destes casos, quando existe o diagnóstico, a criança já finalizou o seu processo de maturação neurofisiológica. Como tal, admite que o processo de reabilitação não passa por favorecer um processo de aquisições motoras, mas sim de tentar diminuir as contrações musculares involuntárias que o impedem de atingir a proficiência motora.

Os principais objetivos a ser trabalhados com este tipo de patologia passa pela tentativa de diminuição da tensão muscular, algo que se consegue através da prática de sessões de relaxação corporal, e do posicionamento do utente em posições estáveis e cómodas para eles, que não necessitem de demasiado esforço para se manter nessa posição. A atividade física é outro tipo de intervenção que Blenton (2000) afirma que se deverá fazer para se melhorar o potencial funcional. Destaca ainda a realização de atividades funcionais da vida diária quotidiana, como um tipo de atividades que deverá ser treinada nas intervenções, o que levará a que o utente se sinta mais preparado quando tiver que enfrentar essas situações, o que levará consequentemente a uma maior independência funcional (Blenton, 2000).

5.3 Bateria Psicomotora

A avaliação da utente PM foi realizada através do uso da Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca.

A BPM resulta de um trabalho de mais de vinte anos na área da psicomotricidade por parte do Prof. Dr. Vítor da Fonseca. Desde que foi criada até à atualidade que a BPM sofreu diversas alterações com o intuito de torná-la mais eficaz e atual. Tem como objetivo principal servir de ferramenta de trabalho na deteção de sinais funcionais desviantes e na construção de um perfil intra-individual da criança, de modo a compreender os problemas inerentes à aprendizagem e/ou desenvolvimento

demonstrados pela mesma. A BPM é um instrumento de observação do perfil psicomotor do infante (crianças entre os 4 e 12 anos de idade), que assenta no modelo de organização cerebral proposto por Lúria (Fonseca, 2007).

O cérebro opera como um organizador funcional complexo e super-articulado em qualquer tipo de aprendizagem, tendo por fundamento o papel multicomponencial do processamento de informação consistindo o seu trabalho em múltiplas interações neurofuncionais e sistémicas abrangendo várias áreas do cérebro (Lúria, 1975, cit. por Fonseca, 2007). Assim sendo, a participação das três unidades de Lúria é de extrema importância em qualquer tipo de atividade mental, no movimento voluntário, na elaboração prática e psicomotora e na produção da linguagem falada ou escrita.

1ª Unidade – Alerta e Atenção

Esta primeira unidade é responsável pela regulação tónica, de alerta e dos estados mentais: tem papel determinante na atenção, no sono, na seleção de informação, regulação e ativação, vigilância-tonicidade, facilitação-inibição, modulação neurotónica e integração inter-sensorial. As estruturas e sistemas de suporte desta 1ª unidade funcional são: a substância reticulada, os sistemas vestibulares e proprioceptivos, medula, tronco cerebral, cerebelo e estruturas talâmicas/sub-talâmicas. Esta unidade engloba os fatores psicomotores da tonicidade e equilíbrio (Fonseca, 2007).

2ª Unidade – Receção, Integração, Codificação e Processamento Sensorial

A segunda unidade do modelo de organização cerebral de Lúria é responsável pela receção, análise e armazenamento de informação, influenciando na receção e análise de estímulos sensoriais e organização espacial e temporal. Para além disto ainda é responsável pela simbolização esquemática e elaboração gnósica. Tem como estruturas de suporte as áreas associativas corticais (secundárias e terciárias), o centro associativo posterior, córtex cerebral, hemisfério esquerdo e direito, lobo parietal, lobo occipital e o lobo temporal. Esta unidade compreende os fatores psicomotores da lateralização, noção do corpo e estruturação espaço-temporal (Fonseca, 2007).

3ª Unidade – Execução Motora, Planificação e Autorregulação

A terceira unidade é responsável pela programação, regulação e verificação da atividade motora, dado que interfere nas intenções, planificação motora, elaboração prática, execução, correção e na construção de uma sequência das operações cognitivas. Esta terceira unidade resulta da maturação da 1ª e 2ª unidade, sendo por isso o nível mais elaborado do desenvolvimento cerebral humano. Tem como estruturas anatómicas o sistema piramidal ideocinético, as áreas pré-frontais (6 e 8), o centro associativo anterior, o córtex motor, o córtex pré - (psico) motor e os lobos frontais. No que diz respeito aos fatores psicomotores, a 3ª unidade é responsável pela praxia global e praxia fina (Fonseca, 2007).

A terceira unidade assegura a programação, regulação e verificação da atividade, visto que influencia nas intenções, na planificação motora, elaboração prática, execução, correção e na sequencialização das operações cognitivas. As estruturas que a suportam são o sistema piramidal ideocinético, as áreas pré-frontais (6 e 8), o centro associativo anterior, o córtex motor, o córtex pré - (psico) motor e os lobos frontais. Esta unidade compreende dois fatores psicomotores, sendo eles, a praxia global e praxia fina (Fonseca, 2007).

Os fatores psicomotores, englobados no Sistema Psicomotor Humano, são sete: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina.

A tonicidade está estritamente relacionada com as funções de alerta e vigilância, sendo responsável pelo controlo da atividade motora do indivíduo. Na BPM a tonicidade subdivide-se em cinco fatores: extensibilidade, passividade, paratonia, diadococinésias e sincinesias.

A equilibração é fulcral na construção do movimento voluntário, participando de forma determinante no ajustamento postural e gravitacional. Sem este nenhum movimento intencional consegue ser realizado de forma eficaz. Na BPM a equilibração é composta por três subfactores: imobilidade, equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico.

A lateralização consiste na organização entre os dois hemisférios no que toca à dominância a vários níveis: telorreceptora (ocular e auditiva), propriocetiva (manual e pedal) e evolutiva (inata e adquirida). A BPM considera a lateralização como um produto final da organização sensorial e um processo central psicomotor, avaliando-a através de quatro tarefas: lateralização ocular, auditiva, manual e pedal.

A noção do corpo ou somatognosia pode ser encarada como uma unidade especializada na integração das informações sensoriais provenientes de todo o organismo. Na BPM este fator psicomotor é analisado através de cinco subfactores: sentido quinestésico, o reconhecimento direita-esquerda, a autoimagem, a imitação de gestos e o desenho do corpo.

A estruturação espaço-temporal envolve funções de receção, processamento e armazenamento espacial. Esta resulta da motricidade, da relação com os objetivos localizados no espaço e da posição que o corpo ocupa no mesmo. Influência diretamente nas capacidades de ordenação, organização, evocação, representação, quantificação e categorização. Na BPM este fator engloba cinco subfactores: organização, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica.

A praxia global envolve áreas pré-motoras relacionadas com tarefas motoras sequenciais globais (área 6), já a praxia fina compreende tarefas de dissociação digital e de preensão mais construtiva com participação significativa de movimentos dos olhos e coordenação óculo-manual, como também de fixação da atenção visual. Na BPM a praxia global consiste na execução de quatro tarefas, sendo estas: coordenação óculo-manual, óculo-pedal, dismetria e dissociação. Por outro lado a praxia fina comporta três tarefas: coordenação dinâmica manual; tamborilar e velocidade-precisão.

5.4 Avaliação Psicomotora Inicial

A utente PM apresenta-se fisionomicamente como ectomorfa. A utente não revelou quaisquer dificuldades na avaliação do controlo respiratório, conseguindo fazer um bom uso dos músculos inspiratórios e expiratórios para levar a cabo um ciclo respiratório bastante bom. Na avaliação do seu nível tónico pôde-se verificar que esta apresenta elevada rigidez muscular, hipertonia excessiva, tanto nos membros superiores como inferiores, derivada essencialmente da sua condição de doença distónica, resultando numa baixa cotação.

Ao nível da equilibração a sua cotação foi baixa também (2), pois devido à sua fragilidade muscular conjugada com os movimentos distónicos recorrentes uma tarefa simples, como manter-se em pé equilibrada durante alguns segundos, torna-se bastante difícil. Na atividade da marcha controlada, pôde-se verificar que esta é bastante deficitária também, devido aos mesmos problemas, registando-se bastantes desequilíbrios ao longo dum pequeno percurso. Embora a utente use uma cadeira de rodas para auxílio da sua marcha consegue efetuar marcha autónoma por curtos espaços.

Na avaliação da noção do corpo não se verificou nenhum défice cognitivo em qualquer uma das atividades, tendo um bom sentido cinestésico e um bom reconhecimento da direita e esquerda, sem qualquer erro ou dificuldade. Apesar dos constantes movimentos distónicos conseguiu realizar sem grandes dificuldades a atividade da autoimagem. Na imitação de gestos foi onde se verificaram mais problemas, mas somente devido aos movimentos distónicos que a impediram de realizar de forma harmoniosa as figuras que lhe eram pedidas. No desenho do corpo a utente foi capaz de desenhar sem problemas a sua própria figura, necessitando

apenas a folha lhe fosse imobilizada para poder realizar o desenho o melhor possível, contrariando os movimentos parasitas.

Na avaliação da estruturação espaço-temporal verificaram-se défices, essencialmente na parte da estruturação rítmica, em que a utente apenas conseguiu reproduzir fielmente o primeiro ritmo apresentado, em todos os outros mostrou dificuldades em assimilar o ritmo e reproduzi-lo posteriormente. Na avaliação da estruturação dinâmica a utente concluiu a atividade com sucesso, conseguindo representar corretamente todas as figuras, sem qualquer dificuldade a nível cognitivo, demorando apenas algum tempo excessivo, devido aos diversos movimentos distónicos que iam dificultando o posicionamento correto dos fósforos na mesa. Na atividade para a avaliação da organização verificou-se que não existiam quaisquer défices cognitivos. A utente revelou ter uma boa noção do tamanho dos passos necessários para efetuar satisfatoriamente a tarefa. Registaram-se apenas alguns desequilíbrios durante a realização do trajeto, mas nada que prejudicasse um bom desempenho na atividade.

Na avaliação da praxia global, nomeadamente das coordenações óculo-manual e óculo-podal, verificou-se uma maior dificuldade na segunda, já que a utente, para além de ter que realizar a atividade, teve que a conjugar com algum equilíbrio estático, o que lhe dificultou ainda mais a tarefa. Na atividade para avaliação da coordenação óculo-manual, que realizou sentada, o resultado foi mais satisfatório, tendo a utente conseguido encestar duas bolas em três. Verificou-se que o planeamento motor foi bom, uma vez que a utente possuía perfeita noção do que era necessário para atingir com sucesso o objetivo apresentado. As dificuldades e o baixo “score” obtido nesta atividade resultaram, essencialmente, do baixo controlo muscular nos membros superiores da utente. Na avaliação da praxia fina, embora tenha demorado algum tempo excessivo, conseguiu realizar a atividade, mas com dificuldades notórias, devido à presença de movimentos distónicos que a impediram de realizar os encaixes de forma mais rápida e subtil, acontecendo o mesmo com a marcação de cruzes na folha de registo.

Tabela 1. Avaliação Psicomotora Inicial da utente PM

FACTORES		PONTUAÇÃO
CONTROLO RESPIRATÓRIO		4
TONICIDADE		2
EQUILIBRAÇÃO	Imobilidade	2
	Equilíbrio estático	2
	Equilíbrio dinâmico	2
NOÇÃO DO CORPO	Sentido cinestésico	4
	Reconhecimento direita e esquerda	4
	Autoimagem	3
	Imitação de gestos	2
	Desenho do corpo	2
ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL	Organização	3
	Estruturação dinâmica	3
	Estruturação rítmica	2
PRAXIA GLOBAL	Coordenação óculo-manual	3
	Coordenação óculo-podal	2
PRAXIA FINA	Coordenação dinâmica visual	2
	Velocidade-precisão	2

Tabela 2. Avaliação das áreas fortes e fracas da utente PM

ÁREAS FORTES	ÁREAS FRACAS
Sentido Cinestésico	Coordenação óculo-manual
Reconhecimento direita e esquerda	Coordenação óculo-podal
Estruturação Dinâmica	Acesso à passividade
Memória	Equilibração
Expressividade	Estruturação Rítmica
Motivação	Coordenação dinâmica visual
	Velocidade-precisão

As áreas fortes e fracas foram determinadas após a avaliação psicomotora e posterior cotação nos diferentes domínios avaliados. No caso das áreas “memória”, “expressividade” e “motivação” estas foram avaliadas qualitativamente e de forma informal, durante as duas primeiras sessões, com recurso a atividades que trabalhavam estes aspetos.

Área de intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Recursos	Atividades	Estratégias
Competências sociais	-Melhorar a autoestima e confiança	-Promover um sentimento de autossuficiência; -Promover um sentimento de competência nas AVD's.	-	-Diálogo	-Reforço positivo
Competências psicomotoras	-Potenciar a coordenação motora	-Promover a coordenação óculo manual; -Promover a coordenação óculo pedal; -Melhorar a dissociação de movimentos; -Melhorar a praxias; -Promover o controlo tónico.	-Bolas -Pinos -Bastões -Clipes ...	-Jogos de bowling; -Jogos de pontaria; -Jogos de encaixes; -Imitação de movimentos	-Instrução verbal; -Ajuda física; -Feedback; -Demonstração.
	-Promover a equilibração	-Promover o equilíbrio dinâmico; -Melhorar o equilíbrio estático.	-Colchões -Steps -Cordas ...	-Imitação de movimentos; -Circuitos; -Jogo de estátuas.	-Instrução verbal; -Ajuda física; -Demonstração.
	-Preservar as capacidades cognitivas	-Manutenção da memória; -Adequar o planeamento motor; -Melhorar a sequencialização de ações.	-Cartões ilustrados -Bolas -Pinos -Jogos memória ...	-Jogos de memória com imagens ou objetos; -Jogos de associação de sons com movimentos; -Jogos de memória de sons e posterior reprodução.	-Instrução verbal; -Feedback; -Pistas verbais.

	-Adequar as funções tónico-motoras	-Diminuir as tensões corporais localizadas; -Diminuir o estado hipertónico; -Diminuir a frequência de movimentos distónicos.	-Colchões; -Bolas.	-Técnicas de relaxação passiva; -Técnicas de relaxação de visualização.	-Ajuda física; -Feedback.
--	------------------------------------	--	-----------------------	--	------------------------------

Figura 4. Planeamento geral utente PM

5.4 Avaliação Psicomotora Final

Na avaliação final pôde-se verificar melhorias em praticamente todos os domínios, sendo desde logo evidente a diminuta ou inexistente frequência de tremores durante a avaliação, o que beneficiou em muito todo o seu desempenho nas diferentes tarefas. Ao nível do equilíbrio verifica-se um maior controlo e disponibilidade física para se colocar de pé imóvel, assim como um maior controlo postural ao nível da marcha. Nas atividades da noção corporal verificaram-se melhorias essencialmente na imitação de gestos que conseguiu realizar com maior fluidez devido ao maior controlo dos membros superiores, o mesmo se passou no desenho do corpo. Em todos os outros subfactores da noção corporal o desempenho foi idêntico, sendo bastante bom. Tanto na estruturação dinâmica como rítmica também se verificaram melhorias, devidas essencialmente à diminuição de movimentos distónicos associados, que permitiram a realização da atividade num menor espaço de tempo. Na avaliação das coordenações óculo manual e óculo podal, não se registaram grandes alterações. Nas atividades de estruturação e praxias motoras finas dos membros superiores verificou-se uma melhoria de desempenho devido maioritariamente à inexistência quase total de movimentos parasitas. Ao nível tónico, a utente é capaz de descontrair muscularmente os seus membros tanto superiores como inferiores tendo uma facilidade bastante acrescida aquando do acesso à passividade.

Tabela 3. Avaliação Psicomotora final utente PM

FACTORES		PONTUAÇÃO	EVOLUÇÃO
CONTROLO RESPIRATÓRIO		4	-
TONICIDADE		3	↑
EQUILIBRAÇÃO	Imobilidade	3	↑
	Equilíbrio estático	2	-
	Equilíbrio dinâmico	2	-
NOÇÃO DO CORPO	Sentido cinestésico	4	-
	Reconhecimento direita e esquerda	4	-
	Autoimagem	3	-
	Imitação de gestos	3	↑
	Desenho do corpo	3	↑
ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL	Organização	3	-
	Estruturação dinâmica	4	↑
	Estruturação rítmica	3	↑
PRAXIA GLOBAL	Coordenação óculo-manual	3	-
	Coordenação óculo-pedal	2	-
PRAXIA FINA	Coordenação dinâmica visual	3	↑
	Velocidade-precisão	2	-

5.5 Relatório Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora com a utente PM do sexo feminino, de 30 anos, internada na CSI, na unidade 14, iniciou-se no dia 06 de Dezembro de 2011 e teve a duração de 22 sessões de 1 hora aproximadamente, terminando no dia 22 de Março de 2012. As sessões de intervenção foram realizadas nos contextos da sala terapêutica e sala de snoezelen.

Realizou-se uma avaliação inicial através da aplicação da Bateria Psicomotora com o intuito de se poder definir um perfil psicomotor da utente, podendo assim discriminar as áreas mais fortes e mais fracas para posteriormente se proceder a um planeamento de intervenção.

Com a avaliação inicial verificou-se que se tratava de uma utente fisionomicamente ectomorfa, com elevada rigidez e tremores distónicos tanto ao nível dos membros superiores como inferiores. Este perfil tónico frágil acaba por influenciar determinantemente todos os outros fatores psicomotores em avaliação. A equilibração da utente verificou-se ser bastante deficitária assim como a sua marcha controlada, também derivado da diminuta musculatura exibida à altura da avaliação. Nos fatores referentes à estruturação corporal verificou-se que existia uma boa noção dos seus segmentos corporais e do seu eixo medial, apresentando dificuldades somente nas praxias finas, não sendo capaz de efetuar de forma satisfatória a imitação de gestos. As dificuldades exibidas no desenho do corpo provinham essencialmente da dificuldade de controlo dos membros superiores e da elevada frequência de tremores, e não tanto duma possível desestruturação da sua consciência corporal. Ao nível da estruturação espaço-temporal não se verificaram quaisquer tipos de défices cognitivos, sendo uma vez mais prejudicada no desempenho das atividades pretendidas apenas pela frequência de tremores.

Na avaliação da praxia global, nomeadamente das coordenações óculo-manual e óculo-podal, verificou-se uma maior dificuldade na segunda, já que para realização da atividade é necessário assegurar um adequado equilíbrio estático. Na atividade para avaliação da coordenação óculo-manual, que realizou sentada, o resultado foi mais satisfatório. Na avaliação da praxia fina, conseguiu realizar a atividade, mas com dificuldades notórias, devido à presença de movimentos distónicos que a impediram de realizar os encaixes de forma mais rápida e subtil, acontecendo o mesmo com a marcação de cruzes na folha de registo.

Com a avaliação inicial realizada, pôde-se assim definir como áreas fortes da utente o seu sentido cinestésico e lateralização, a sua memória e também aspetos importantes como a sua expressividade e uma elevada motivação. Como áreas fracas a trabalhar definiram-se o seu acesso à descontração, o seu equilíbrio e marcha controlada assim como a sua coordenação de movimentos.

Durante o primeiro mês e meio de intervenção foi dada uma incidência equitativa a todos estes fatores, usando as suas áreas mais fortes como estratégia para poder trabalhar as suas mais fracas, sendo cada sessão organizada com uma atividade cognitiva inicial, seguindo-se uma atividade de maior movimentação e terminando sempre com fase de retorno à calma, através de diferentes métodos de relaxação. Com o decurso das sessões foi-se verificando que a relaxação era algo que a utente beneficiava para um maior controlo corporal e maior diminuição dos tremores distónicos verificados em todas as sessões, associado a um maior estado de cansaço demonstrado pela utente ao longo das semanas (decorrente do seu intenso plano de tratamentos) optou-se por dar mais ênfase a um trabalho mais pormenorizado de relaxação e também de consciencialização corporal tendo em vista o seu futuro fora da instituição.

Na avaliação final pôde-se verificar melhorias em praticamente todos os domínios, sendo desde logo evidente a diminuta ou inexistente frequência de tremores durante a avaliação, o que beneficiou em muito todo o seu desempenho nas diferentes tarefas. Ao nível do equilíbrio verifica-se um maior controlo e disponibilidade física para se colocar de pé imóvel, assim como um maior controlo postural ao nível da marcha. Nas atividades da noção corporal verificaram-se melhorias essencialmente na imitação de gestos que conseguiu realizar com maior fluidez devido ao maior controlo dos membros superiores, o mesmo se passou no desenho do corpo. Em todos os outros subfactores da noção corporal o desempenho foi idêntico, sendo bastante bom. Tanto na estruturação dinâmica como rítmica também se verificaram melhorias,

devidas essencialmente à diminuição de movimentos distónicos associados, que permitiram a realização da atividade num menor espaço de tempo. Na avaliação das coordenações óculo manual e óculo podal, não se registaram grandes alterações. Nas atividades de estruturação e praxias motoras finas dos membros superiores verificou-se uma melhoria de desempenho devido maioritariamente à inexistência quase total de movimentos parasitas. Ao nível tónico, a utente é capaz de descontraí-la muscularmente os seus membros tanto superiores como inferiores tendo uma facilidade bastante acrescida aquando do acesso à passividade. Com esta avaliação pôde-se então constatar que existiram benefícios da terapêutica realizada, culminando com uma melhoria ou manutenção de todos os fatores psicomotores avaliados.

Tendo em conta a condição da utente Paula Matuto, é pertinente continuar um trabalho pormenorizado de consciencialização corporal e essencialmente de relaxação, tendo em vista a diminuição evidente de movimentos distónicos que levam posteriormente a um maior controlo de si própria e uma maior proficiência nas suas diferentes atividades diárias.

6. Apresentação Estudo Caso II

6.1 Dados da história da utente MR

A utente MR é uma utente do sexo feminino nascida a 04 de Maio de 1951, tendo 60 anos pela altura da intervenção, divorciada, natural e residente em Rio de Mouro, tinha como profissão técnica de turismo.

Tem por antecedentes familiares o pai vítima de doença de Alzheimer. Foi admitida para internamento na CSI a 30 de Dezembro de 2011 com o diagnóstico de demência frontotemporal, apresentando como principais sintomas desorientação no espaço e no tempo, atividade lentificada, tremores na perna direita, falta de auto crítica, discurso incoerente e dificuldade na compreensão de instruções básicas. Alguma da sintomatologia começou a surgir por volta dos seus 56 anos, tendo o seu nível de autonomia vindo a decrescer desde então até a um nível de severa dependência em que se encontrava pela altura da intervenção.

Infelizmente não foi possível obter mais indicações da história de vida da utente MR pela escassa informação presente no seu processo e pela sua incapacidade de relatar episódios passados da sua vida com grande exatidão.

6.2 Demência Frontotemporal

A demência frontotemporal é não por si só considerada uma demência, mas uma expressão utilizada para descrever um grupo de perturbações que têm entre si, um padrão de degenerescência relativamente localizado nos lobos frontal e temporal do cérebro (Spar & La Rue, 2005).

É atualmente considerada a terceira causa mais importante de demência em pessoas abaixo dos 65 anos, podendo mesmo encontrar-se algum paralelismo com a demência vascular (Guimarães, et al., 2006). A idade típica do aparecimento da doença situa-se entre os 50 e os 60 anos, embora possam surgir casos de pessoas abaixo dos 30 anos de idade. A componente genética encontra-se bastante presente, tendo cerca de 50% dos afetados, antecedentes familiares de casos demenciais (Chow e col., 1999, cit in. Spar & La Rue, 2005; Snowden, et al., 2002). A maioria dos casos apresenta como sinais de diagnóstico alterações profundas do comportamento e da linguagem, mais especificamente Neary e col. em 1998 (cit in. Spar & La Rue, 2005) publicaram um quadro com os critérios de diagnóstico da demência frontotemporal que são exibidos no seguinte quadro:

Tabela 4. Características clínicas de diagnóstico da demência frontotemporal (Neary e col., 1998, cit in, Spar & La Rue, 2005)

<p>Características de diagnóstico nucleares</p> <ul style="list-style-type: none"> Início insidioso e evolução gradual Declínio precoce do comportamento social interpessoal Défi ce precoce da regulação do comportamento pessoal Embotamento emocional precoce Perda precoce do sentido crítico (insight)
<p>Características que fundamentam o diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> Perturbação do comportamento <ul style="list-style-type: none"> Declínio mental e inflexibilidade Distractibilidade e falta de persistência Hiperoralidade e alterações do comportamento alimentar Comportamento perserverativo e estereotipado Comportamento de utilização Discurso e linguagem <ul style="list-style-type: none"> Alterações do discurso <ul style="list-style-type: none"> Ausência de espontaneidade e economia do discurso Pressão do discurso Discurso estereotipado Ecolalia Perseveração Mutismo Sinais físicos <ul style="list-style-type: none"> Reflexos primitivos Incontinência Acinesia, rigidez e tremor Tensão arterial baixa e lábil Exames <ul style="list-style-type: none"> Neuropsicologia: défi ce significativo nos testes do lobo frontal na ausência de amnésia grave, afasia ou perturbação perceptuoespacial Electroencefalografia: o electroencefalograma convencional mantém-se normal apesar da demência clinicamente evidente Imagiologia cerebral (estrutural e/ou funcional): anomalias predominantes do lobo frontal e/ou temporal anterior

No diagnóstico da síndrome demencial é necessário obter uma história da doença atual para poder correlacionar todas as eventuais etiologias orgânicas e o início do declínio cognitivo, algo que irá permitir distinguir entre os diversos tipos de demências conhecidos. Spar e La Rue (2005) afirmam que dado a etiologia duma síndrome demencial ser bastante vasta, é necessário ter informação sobre qualquer traumatismo que possa ter acontecido, sinais ou sintomas de doença neurológica ou psiquiátrica, uso de substâncias tanto alcoólicas como medicamentosas ou fatores de stress passados e atuais.

Um dos melhores métodos para diagnóstico de uma demência continua a ser um exame clínico completo do estado mental, no entanto não se pode apenas basear nisso, sendo preciso haver uma análise a todas as aptidões funcionais do indivíduo. No caso de existirem pacientes com baixo nível de instrução, o seu desempenho numa avaliação ao estado mental poderá ser mais fraco que o esperado para alguém normal, daí que seja importante haver uma conjugação de exames cognitivos e de

avaliações funcionais para se obter um diagnóstico mais fidedigno da condição atual do indivíduo (Wilder e col., 1995 cit in. Spar & La Rue, 2005).

Em termos temporais, as primeiras alterações a surgirem, são ao nível das alterações do comportamento e linguagem, sendo que neste caso de demência a memória é das últimas componentes a serem afetadas, o que por vezes torna mais difícil o diagnóstico da doença (Guimarães, et al., 2006).

Podem-se definir ainda vários tipos de demência frontotemporal consoante as diferentes componentes afetadas e a forma como estas se manifestam. Grossman (2002) identifica a afasia não fluente progressiva onde se verificam as seguintes alterações:

- Alterações igualmente insidiosas e de progressão gradual;
- Discurso espontâneo não fluente com associação a:
 - Agramatismo
 - Parafasias fonémicas
 - Anomia
- Apraxia de linguagem;
- Mutismo;

Grossman (2002) identifica ainda a demência semântica em que o enfoque das alterações se dá maioritariamente ao nível da linguagem, o doente apresenta um discurso vazio, mas fluente, outras características existentes são a prosopagnosia e agnosia de associação. Guimarães et al. (2006) distinguem ainda a afasia primária progressiva que se identifica através da existência de alterações unicamente ao nível da linguagem durante pelo menos dois anos. A demência frontotemporal com parkinsonismo e a demência frontal apresentam um quadro de alterações semelhantes, caracterizando-se por um início insidioso de alteração do comportamento social, desinibição, perda de autocritica, apatia e embotamento emocional, a diferença só se encontra na existência de um quadro parkinsoniano em comorbidade com a demência no primeiro caso (Guimarães, et al., 2006).

6.3 Avaliação Psicomotora Inicial

A utente MR foi avaliada através do uso do Exame Gerontopsicomotor (EGP) para se poder determinar em que áreas psicomotoras se justificaria mais uma intervenção imediata.

Na avaliação do primeiro domínio referente ao equilíbrio estático, consegue-se perceber que não existe qualquer tipo de dificuldades em termos físicos que impeçam uma boa cotação neste domínio, conseguindo equilibrar-se facilmente sem qualquer apoio. Em relação ao equilíbrio sobre apenas 1 pé ou na ponta dos 2 pés a utente apesar de aparentemente não apresentar dificuldades ao nível motor, a sua incapacidade de perceber as instruções por mais simples que pudessem ser, fez com que não fosse possível cotar este item positivamente. No item que avalia a marcha verificou-se exatamente a mesma situação. Avaliando a marcha simples a cotação foi máxima pois fisicamente não existe nenhum problema que a afete, no entanto quando havia mais que uma instrução, no caso da avaliação da marcha ou corrida num determinado percurso, o desempenho era negativo por falta de compreensão das instruções apenas.

No item das mobilizações articulares, foi possível realizar mobilização passiva em todas as partes dos membros, tanto superiores como inferiores, obtendo cotação máxima, no entanto na mobilização ativa, apenas conseguiu realizar com o cotovelo direito assim como com o tornozelo direito também.

Na avaliação da motricidade fina dos membros superiores, foi incapaz de abotoar corretamente os botões do colete. Nas atividades de tamborilar e da oponência dos polegares verificou-se uma enorme dificuldade em controlar os movimentos, apresentando alguns tremores, não conseguindo realizar satisfatoriamente o que lhe foi proposto. Na atividade de pegar na moeda, não o conseguiu fazer bem por não conseguir uma vez mais assimilar todas as instruções que lhe foram apresentadas. Foi avaliada com cotação zero neste item.

Nos itens na motricidade fina dos membros inferiores, a utente conseguiu realizar uma boa colocação dos dois pés nos sítios apresentados e também não teve dificuldades em pontapear a bola com nenhum dos pés. Apenas apresentou dificuldades no último item desta avaliação, onde não conseguiu colocar os pés em duas das quatro posições exigidas, também por alguma falta de compreensão.

Em relação à avaliação das praxias, a utente não conseguiu demonstrar qual a normal utilização de talheres nem perceber também as instruções sobre os itens referentes às pantomimas e à construção de uma pirâmide. Em relação à escrita e à cópia de figuras, teve um desempenho negativo, apresentando apenas alguns rabiscos descontextualizados da tarefa pretendida.

Nos itens que avalia o conhecimento das partes do corpo, começou por não conseguir identificar a figura humana de trás e de frente, nem com ajuda, durante o tempo permitido, assim como não foi capaz de identificar também quais as partes das figuras humanas apresentadas que se encontravam ausentes. Quando lhe foi pedido para apontar as diferentes partes do seu corpo, a utente conseguiu fazê-lo com exatidão em todas, exceto o tornozelo e a pálpebra. Quando lhe foi pedido que nomeasse as partes do corpo que eram apontadas, aí revelou bastante dificuldade em conseguir lembrar-se do nome exato de cada parte e posteriormente de a nomear, acabando assim com 0 na cotação deste item. Em relação à imitação de diferentes posições, apenas conseguiu imitar positivamente uma das quatro, não sendo capaz no entanto de repeti-la posteriormente.

Nos itens referentes à avaliação da vigilância a utente não conseguiu efetuar de acordo com o pretendido a atividade de agarrar um cubo ao ouvir um certo número, primeiro por impulsividade, não respeitando a ordem, e depois por ignorar a tarefa. Na identificação das diferentes cores e formas, não conseguiu identificar nenhuma das formas, apesar de aparentemente ela saber o nome, no entanto sempre com bastante dificuldade em recordá-lo efetivamente, em relação às cores, conseguiu acertar todas exceto o roxo.

Na avaliação seguinte referente à memória percetiva, a utente demonstrou imensa dificuldade em todos os itens, conseguindo apenas evocar a cor amarela de todas as que tinham sido mostradas previamente. Em relação à evocação das posições, não foi capaz de reconhecer nenhuma sequer.

Na avaliação do domínio espacial, conseguiu reconhecer em que local se encontrava, no entanto não sabia a localidade, já na orientação, apenas demonstrou ter a noção do baixo/cima, não sendo capaz de indicar um objeto atrás de si. Na atividade da divisão de linhas não foi capaz de a realizar por óbvia incompreensão do que lhe foi pedido, o mesmo se passando na atividade seguinte da sequência de deslocamentos de objetos. Na atividade de orientação de um objeto em relação a outro, foi capaz de acertar numa das duas questões efetuadas. Já na sua própria orientação no espaço, o seu desempenho foi bastante fraco, não sendo capaz de saber onde se encontra qualquer espaço que pretenda indicar, ou que lhe seja indicado.

Nos itens da memória verbal, a utente começou por conseguir evocar as 3 palavras ditas, após alguma repetição, não sendo no entanto capaz de as voltar a proferir momentos depois. Em relação à descrição do seu dia, foi totalmente incapaz de indicar coerentemente um dia típico seu.

Na avaliação da percepção da utente, começou por conseguir cantarolar a música dos “Parabéns a você”, assim como imitar de forma acertada as duas primeiras estruturas rítmicas apresentadas. No item da estereognosia, não conseguiu identificar de que material era feita a colher dentro do saco, no entanto foi capaz de identificar a forma do outro objeto que lá se encontrava. Na identificação de imagens e na leitura do texto, as cotações foram ambas zero, não sendo capaz de identificar qualquer uma das figuras, nem de ler uma só frase do texto.

Em relação ao domínio temporal, a avaliação deste item foi cotada como zero, não se recordando da sua data de nascimento, nem do dia atual, assim como não foi capaz de identificar as horas nem realizar corretamente a sequência de eventos proposta. Em relação aos dias da semana e dos meses, conseguiu nomear apenas os dois primeiros meses do ano, não sendo capaz de identificar nenhum dos dias da semana.

No último item que avalia a comunicação, apenas se cotou positivamente o seu rosto expressivo e a sua expressão gestual adequada.

Durante a realização desta avaliação através do uso do EGP foi possível verificar todas as dificuldades presentes na utente que provêm da sua condição de demência, o que acabou por ter importante decisão na cotação extremamente negativa com que se acabou a avaliação.

Apesar das manifestas dificuldades em quase todas as áreas, acabou por se realizar um planeamento geral de intervenção, tendo em conta as áreas que mais facilmente poderiam ser trabalhadas e que seriam mais importantes para o seu dia-a-dia na instituição, não pretendendo com a intervenção recuperar todas os itens avaliados, mas sim prevenir o decréscimo de eficiência das competências ainda preservadas e tentar melhorar algumas competências que se acharam mais relevantes após a avaliação.

Tabela 5. Avaliação Psicomotora inicial utente MR

Item	Pontuação Total
Equilíbrio Estático I	6
Equilíbrio Estático II	0
Equilíbrio Dinâmico I	6
Equilíbrio Dinâmico II	0
Mobilização articular membros superiores	3.5
Mobilização articular membros inferiores	3.5
Motricidade fina membros superiores	0
Motricidade fina membros inferiores	5
Praxias	0
Conhecimento das Partes do Corpo	1.5
Vigilância	1
Memória Percetiva	0.5
Domínio Espacial	1.5
Memória verbal	1
Percepção	2.5
Domínio Temporal	0
Comunicação	2
Total	34 / 102

Área de intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Recursos	Atividades	Estratégias
Funcionamento psicomotor	-Promover as funções executivas	-Potenciar a atenção e concentração; -Promover a compreensão de instruções; -Melhorar a sequencialização de ações; -Promover a execução de movimentos objetivos.	-Arcos; -Bolas de espuma; -Cubos; ...	-Imitação de gestos; -Atirar e receber objetos (bola, eg.); -Construções com blocos; -Jogos de encaixe; -Jogos de pontaria.	-Demonstração; -Ajuda física; -Feedback; -Imitação.
	-Melhorar a estruturação espaço-temporal	-Promover a estruturação espacial; -Fomentar a orientação e deslocação no espaço; -Promover a noção de deslocamentos básicos; -Melhorar a estruturação rítmica.	-Cartões com imagens; -Arcos; -Bolas; -Objetos quotidianos ...	-Perguntas sobre o dia atual, do estado do tempo que está, da estação em que estamos; -Construção de um calendário; -Perguntas sobre posicionamento de objetos; -Jogos de posicionamentos consoante o envolvimento.	-Instrução verbal; -Pistas verbais; -Imitação; -Feedback; -Descoberta guiada.
	-Promover a integração sensorial	-Promover a integração auditiva; -Promover a integração visual; -Promover a estimulação tátil; -Promover a estimulação olfativa.	-Cremes; -Imagens; -Música; -Plasticina; -Digitintas; ...		
	-Desenvolver as capacidades mnésicas	-Melhorar a memória de curto prazo; -Promover a memória procedimental; -Desenvolver a memória semântica; -Trabalhar a memória	-Cartões com imagens; -Objetos quotidianos; -Fotos; ...	-Perguntas sobre o passado pessoal; -Relacionamento de imagens com memórias de vida; -Jogos de memória com cartões ou objetos.	-Instrução verbal; -Pistas verbais; -Feedback; -Descoberta guiada.

		episódica.			
	-Promover a relaxação corporal	-Promover a relaxação tónico-emocional; -Desenvolver o controlo respiratório; -Adequar o estado tónico; -Diminuir estados de ansiedade.	-Colchão; -Bolas de espuma.	-Técnicas de respiração; -Técnicas de massagem terapêutica; -Técnicas de mobilização ativa; -Técnica de relaxação de Jacobson.	-Instrução verbal; -Imitação; -Feedback.



Figura 5. Planeamento geral utente MR

6.4 Avaliação Psicomotora Final

Na avaliação final pôde-se constatar que a intervenção não foi eficaz nos seus objetivos propostos inicialmente. A utente continuou a mostrar as mesmas dificuldades na compreensão das instruções dadas ao longo da aplicação do exame o que foi penalizador para o score final.

Nas atividades iniciais relativas à mobilidade, nomeadamente à marcha, a utente continua a não apresentar quaisquer dificuldades, apresentando cotação máxima nestes. No entanto nas atividades onde surgem mais instruções, o seu desempenho continua a ser negativo, não por origem de problema no aparelho locomotor, mas por não compreensão das instruções dadas. A ressaltar o item relativo ao conhecimento das partes do corpo, que a utente conseguiu identificar com ajuda a figura humana e manteve o bom desempenho na identificação das diferentes partes do corpo ao serem nomeadas. A maioria dos itens manteve-se com cotação nula tal como no final da primeira avaliação, a destacar uma piora no item do domínio espacial onde não conseguiu identificar um objeto que estivesse por baixo do seu plano.

Tabela 6. Avaliação final utente MR

Item	Pontuação Total
Equilíbrio Estático I	6
Equilíbrio Estático II	0
Equilíbrio Dinâmico I	6
Equilíbrio Dinâmico II	0
Mobilização articular membros superiores	4 
Mobilização articular membros inferiores	3.5
Motricidade fina membros superiores	0
Motricidade fina membros inferiores	5
Praxias	0
Conhecimento das Partes do Corpo	2 
Vigilância	1
Memória Percetiva	0.5 
Domínio Espacial	1
Memória verbal	1
Perceção	2.5
Domínio Temporal	0
Comunicação	2
Total	33.5 / 102

6.5 Relatório Final da Intervenção

A intervenção psicomotora com a utente MR, do sexo feminino, de 60 anos, internada na CSI, na unidade 04, iniciou-se no dia 10 de Abril de 2012 e teve a duração de 16 sessões de 1 hora aproximadamente, terminando no dia 31 de Maio. Todas as sessões foram realizadas somente na sala terapêutica.

Através do uso do EGP fez-se uma avaliação prévia da utente para se poder determinar quais as suas capacidades funcionais, para posteriormente se poder proceder à elaboração de um planeamento de intervenção.

Através da primeira avaliação realizada pôde-se verificar que a utente MR apresenta bastantes dos sintomas principais de demência frontotemporal como inquietude motora, problemas de planificação de ação, impulsividade e dificuldades da linguagem. (Snowden, et al., 2002). Dentro das capacidades avaliadas pelo EGP pode-se destacar que a utente não apresentava qualquer tipo de dificuldade física que impedisse o bom funcionamento da sua marcha, equilíbrio ou manuseamento de objetos, no entanto em vários dos itens utilizados para avaliar essas componentes, obteve um baixo score devido à sua dificuldade profunda em compreender instruções. A não compreensão das instruções, por mais simplificadas que pudessem ser, foi o fator crucial que fez com que a pontuação final do exame se revelasse tão baixo, o que indica que a sua componente cognitiva já se encontrava afetada, podendo-se afirmar que a doença já se encontrava num estágio algo avançado da demência. (Guimarães, et al. 2006). Uma área onde o seu conhecimento pareceu ainda encontrar-se intacto foi no conhecimento das diferentes partes do corpo, embora não fosse capaz de nomear as partes do corpo, foi capaz de identificar ao apontar, as diferentes partes que lhe eram pedidas. Já em relação à memória e ao domínio espaço-temporal, a utente demonstrou ter severas dificuldades, não sendo capaz de se recordar de eventos ocorridos com poucos minutos de intervalo ou conseguir situar-se no espaço ou no tempo, não se recordando de qualquer data importante.

Durante toda a avaliação, a utente mostrou-se sempre bem-disposta e cooperante, podendo verificar-se por vezes alguma autocritica, isto é, aquando da realização de alguma atividade não com o melhor rendimento, não era necessário um grande feedback para que ela percebesse que não estava a dar as melhores respostas, o que levou nalgumas vezes a que se mostrasse um pouco desanimada.

Após a conclusão da avaliação, e embora se verificassem diversas dificuldades em quase todas as áreas, foi construído um plano de intervenção, onde se pretendeu focar essencialmente nas áreas que se pensou serem as mais importantes para o dia-a-dia da utente, e aquelas em que uma intervenção de curto prazo (2 meses) pudessem, ainda assim, surtir algum efeito visível. Com base nestes pressupostos fez-se um plano geral com enfoque maioritariamente na promoção das suas funções executivas, do desenvolvimento das capacidades mnésicas e no desenvolvimento da estruturação espaço-temporal assim como tentar promover em todas as sessões um momento de relaxação corporal. Para a maioria das atividades com o objetivo de trabalhar estes conceitos, resolveu utilizar-se com alguma insistência diversos estímulos sensoriais, pois foi aquela a via que pareceu ser a melhor para que a utente pudesse integrar de melhor forma a informação recebida.

O início da intervenção deu-se com atividades cuja complexidade foi reduzida ao mínimo possível, pois qualquer atividade com mais que duas instruções seguidas era impossível para a utente de assimilar e realizar. Foi-se tentando à medida que as sessões iam acontecer, manter a mesma estrutura de sessão com atividades semelhantes, indo apenas aumentando gradualmente a dificuldade das tarefas exigidas. Embora esse fosse o caminho a percorrer, foi-se mostrando bastante difícil, pois qualquer aumento de dificuldade por mais pequeno que fosse, traduzia-se numa completa incapacidade de ação.

Na maioria dos dias de sessão a utente mostrava-se sempre bem-disposta e sempre com bastante sentido de humor o que levava a pensar que, embora não se conseguissem verificar resultados concretos ao nível das capacidades que foram avaliadas objetivamente, mas que em relação ao seu bem-estar, confiança e qualidade do seu dia-a-dia, a intervenção foi bem realizada e com resultados positivos nestes diferentes domínios não avaliados através do EGP. Outro aspeto positivo a reter, foi a sua memória se ter desenvolvido um pouco, pelo no início da intervenção, de pouco ou nada se conseguia lembrar, embora para o fim da intervenção, já era possível que se lembrasse do nome do terapeuta e de alguns aspetos do seu dia, ou duma intervenção anterior, embora sempre, aspetos muito residuais.

No final da intervenção pôde-se verificar que não houve grandes melhorias significativas nas suas capacidades através da aplicação do EGP, no entanto há que ressaltar que o tempo de intervenção foi demasiado curto para o caso em causa, e que a utente beneficiaria positivamente de um acompanhamento continuado deste nível de intervenção. Outro aspeto a ter em conta neste caso, é a necessidade de ter outros espaços e meios de intervenção, que possibilitassem outro tipo de intervenções mais diversificadas, tais como o tanque terapêutico ou a sala de snoezelen. Não foi possível utilizar nenhum dos dois espaços na altura, por dificuldades logísticas (no caso do tanque) e por dificuldades de confronto de horários (no caso da sala de snoezelen).

7. Outros casos acompanhados

7.1 Acompanhamento utente EG

O utente EG, do sexo masculino, nascido a 30 de Dezembro de 1933, tendo 78 anos pela altura da intervenção, estava internado desde 07 de Setembro de 2011. Tinha-lhe sido diagnosticada uma demência 3 anos antes do internamento, contudo ultimamente o seu estado agravou-se com alterações do comportamento com agressividade e agitação noturna, tendo então sido internado para realização de estimulação cognitiva, para controlo da sintomatologia e também alívio do cuidador, neste caso, a sua esposa. Os seus principais sintomas aquando da intervenção era o seu estado ansioso, a sua desorientação tanto no espaço como no tempo, recusa em alimentar-se e também ser pouco colaborante. Este último aspeto foi crucial na intervenção, pois o utente encontrava-se sempre demasiado renitente em seguir para a sessão de intervenção, o que por si, acabou por sabotar toda a perspetiva de intervenção, acabando por não conseguir realizar mais que três sessões ao longo de um mês.

7.2 Acompanhamento utente CA

A utente CA, do sexo feminino, nascida a 06 de Abril de 1951, tendo 61 anos pela altura da intervenção, encontrava-se internada na CSI há já 43 anos, na Unidade S. João de Deus. Foi internada aos 18 anos com diagnóstico de dificuldade desenvolvimental e intelectual, deficiência auditiva grave e pé boto.

Foi-nos proposto que interviéssemos com este caso como continuação da intervenção efetuada no ano anterior pelas estagiárias que lá estavam, e que demonstrou ter bastantes benefícios para a utente. A intervenção deu-se sempre no tanque terapêutico, com duas sessões por semana de aproximadamente uma hora cada, durante sete meses, de Outubro até Maio. Aquando da primeira intervenção com a utente CA foi realizado uma avaliação inicial que contemplou os aspetos básicos de

adaptação ao meio aquático como também duas componente extra, referentes às atividades de vida diária e ao comportamento demonstrado no decorrer da sessão. Sendo assim a nossa grelha de observação de comportamentos incluía 34 itens de avaliação agrupados da seguinte forma:

- 1) Atividades de Vida Diária
- 2) Mobilidade na plataforma; Entradas e Saídas da Piscina
- 3) Ajustamento ao Meio Aquático – Respiração
- 4) Ajustamento ao Meio Aquático – Equilíbrio Vertical
- 5) Ajustamento ao Meio Aquático – Equilíbrio Horizontal
- 6) Ajustamento ao Meio Aquático – Propulsão
- 7) Ajustamento ao Meio Aquático – Imersão
- 8) Comportamento nas Atividades

De referir que a classificação foi feita numa escala qualitativa: Realiza sem Ajuda (1), Realiza com Ajuda (2) e Não Realiza (3).

Após a primeira avaliação pudemos definir as principais áreas a trabalhar e a promover com a utente, sendo elas o equilíbrio e autonomia na marcha sem apoio no meio aquático, o desenvolvimento da adequação tónica através da relaxação e também o enfoque no exercício das capacidades cognitivas.

Com as sessões foi possível verificar uma melhoria substancial em todos os aspetos trabalhados, especialmente ao nível da marcha autónoma, algo que embora a utente demonstrasse sempre algum receio em realizar, mas no fim da intervenção já conseguia fazer sem muitas dificuldades numa curta trajetória.

Há ainda a referir que um dos maiores desafios encontrados com esta intervenção foi o facto de a utente ter uma deficiência auditiva grave, o que tornava um pouco mais complicado toda a nossa interação com a utente, não deixando de ser possível efetuá-lo e com excelentes resultados sempre.

7.3 Acompanhamento grupo unidade de psiquiatria

Praticamente todas as quartas-feiras entre as 10h e as 11h de Novembro até final de Maio fez-se intervenção com um grupo de utentes, todas do sexo feminino internadas na Unidade de Psiquiatria da CSI, todas com diagnósticos diversos, mas todos do foro psíquico. A intervenção deu-se sempre em contexto de sala terapêutica na mesma unidade onde elas se encontravam internadas. Começou por ser uma intervenção com um grupo já existente do ano anterior, constituído por outra estagiária, no entanto com a fraca adesão por parte das utentes às sessões, acabou-se por reduzir o grupo inicial de cinco utentes, para um de duas utentes apenas. A utente AS de 56 anos na altura da intervenção e com diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica, e a utente JA, com 35 anos à data da intervenção com diagnóstico de perturbação esquizoafetiva e distúrbio da personalidade grave com acentuada passividade. As sessões foram conduzidas com os objetivos de tentar promover nas duas utentes uma melhoria das competências sociais e das suas capacidades de expressão. Para tal utilizou-se diversas vezes várias técnicas de role play, de situações de interação social e também outras atividades mais expressivas como a dança (algo muito prezado por ambas as utentes).

Com a decorrer da intervenção pode-se dizer que foram atingidos alguns objetivos com o grupo, embora tenha ficado o dissabor pela fraca afluência das sessões por parte das utentes do grupo inicial completo.

7.4 Acompanhamento grupo de utentes com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais

A intervenção com este grupo foi realizada todas as quartas feiras entre as 11h e as 12h no ginásio da CSI, entre Novembro e Maio. Era um grupo constituído por cinco utentes, todas elas residentes na Unidade S. João de Deus todas já internadas na unidade há largos anos e com diagnóstico de dificuldades intelectuais e desenvolvimentais com idades compreendidas entre os 43 e os 58 anos. Este grupo foi criado com base no mesmo grupo realizado no ano anterior pelas estagiárias presentes na Casa de Saúde, sendo tal como no caso da intervenção com a utente CA, uma continuação da intervenção já realizada anteriormente.

Os principais objetivos desta intervenção passaram por tentar trabalhar aspetos referentes às capacidades físicas e cognitivas das utentes, assim como proporcionar um espaço e tempo de bem-estar e onde elas quisessem participar voluntariamente.

Através da intervenção realizada não foi possível verificar uma melhoria significativa em termos de capacidades físicas ou cognitivas, já no campo socio emocional, pôde-se verificar uma melhor satisfação por parte das utentes aquando da ida para as sessões, mais dispostas a realizar as atividades pedidas e um prazer generalizado durante as sessões.

8. Atividades Complementares de Formação

8.1 Ambientes formais de aprendizagem

Semana Aberta da Casa de Saúde da Idanha

Foi uma semana, realizada entre 10 e 14 de Outubro de 2012, em que são realizadas na CSI diversas atividades, tais como palestras e conferências com uma ação mais formativa, assim como atividades mais lúdicas para os utentes.

Pudemos participar nas diversas palestras que se dividiram durante os 5 dias. Segunda-feira, apresentada pelo Dr. Pedro Varandas realizou-se uma palestra com o tema *A importância das narrativas na saúde mental*, onde o autor tentou explicar a importância e o porquê do uso das histórias e contos durante toda a vida duma pessoa, e o seu contributo para quem sofre dum qualquer tipo de doença mental. Na terça-feira, apresentado pela irmã Paula Carneiro deu lugar à palestra *Liderança carismática: um caminho partilhado*, onde foi descrita algumas das mais importantes passagens da vida do fundador das Irmãs Hospitaleiras, padre Bento Menni. Na quarta-feira foi realizada a palestra *Estratégias de promoção de esperança em cuidados paliativos* pela enfermeira Ana Querido, onde todo o enfoque esteve no que se faz e no que deve ser feito para o bem-estar e promoção da tranquilidade em doentes terminais que se encontram na unidade de cuidados paliativos. Na quinta-feira, a última palestra realizada pela Dra. Sónia Gonçalves e com o título *Pobreza, desemprego e saúde mental: desafios atuais*, centrou-se tal como o título indica sobre a atualidade da problemática da saúde mental, as suas causas e consequências.

Simpósio sobre o Envelhecimento

Foi realizado no dia 2 de Novembro de 2012 um simpósio na CSI com a temática subordinada ao tema do envelhecimento. Para tal contou-se com diversos preletores para cada conferência. Foi iniciado o simpósio com a conferência O

Envelhecimento na Atualidade, realizado pela Prof. Dra. Maria Eugénia Duarte Silva, onde foram abordadas as principais questões atuais do envelhecimento a nível nacional. Seguiram-se as mesas redondas, a primeira com o tema *Aprender a não esquecer*, realizado pela Mestre Sandra Ginó, que se ficou essencialmente nas razões e importância da avaliação neuropsicológica na demência e de quais as terapias mais

Utilizadas atualmente. A segunda mesa realizou-se pela fisioterapeuta Graça Melo e teve como tema *Estimulação Motora nos Idosos*, onde foram explicadas algumas técnicas utilizadas e seus benefícios nos idosos, por fim realizou-se a última mesa redonda com o tema *Promoção da Saúde Mental na Pessoa Idosa*, apresentada pela Mestre Glória Toletti. Todas estas conferências realizaram-se no anfiteatro da CSI. De seguida numa outra sala de reuniões, foi realizado um workshop pela psicomotricista Felisbela Paixão com o tema *Psicomotricidade nas Demências*, onde foi possível observar e tomar conhecimento dum pouco do seu trabalho com pessoas idosas e algumas a sofrer de uma qualquer doença mental e partilhar diversas estratégias e atividades que poderão ser utilizadas e quais as suas contrapartidas e benefícios para essa população.

XI Congresso de Psiquiatria S. João de Deus – Qualidade em Saúde Mental

Este congresso promovido pela Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e pelo instituto S. João de Deus foi realizado num auditório da Universidade Católica em Lisboa de 23 a 25 de Fevereiro de 2012. Teve como principais pontos de interesse as conferências e mesas redondas realizadas sobre temas ligados à assistência ao doente, à importância da espiritualidade na doença, às classificações das patologias na área da psiquiatria ou às novas descobertas e evidências neuropsicológicas no que concerne ao estudo das patologias da saúde mental. Todas as palestras foram realizadas por importantes entidades de cada área de estudo, tanto nacionais como internacionais.

Reuniões de equipa da Unidade 14 – Maria Josefa

Éramos presença assídua nas reuniões de equipa realizadas às segundas pelas 14h30. Estas reuniões contavam com a presença de toda a equipa técnica presente na unidade, psicomotricista, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicóloga, assistente social, chefe de enfermagem e os estagiários presentes de cada terapeuta. Eram comunicados pela chefe de enfermagem ao resto da equipa os novos casos, havia a distribuição dos casos pelos diferentes terapeutas consoante as suas necessidades e objetivos, e revia-se e atualizava-se também a informação sobre os casos já mais antigos

8.2 Ambientes informais de aprendizagem

Jogos sem Peneiras

Durante a realização da Semana Aberta na CSI, foi também realizada um dia com os Jogos sem Peneiras. Estes jogos que se realizaram no ginásio da CSI, foram abertos a toda a comunidade residente na casa, em que cada unidade formava a sua própria equipa dependendo dos utentes dispostos a participar. Foram vários os jogos realizados, tais como jogos de pontaria ou de coordenação, onde os utentes tinham que acertar com uma bola de pano num alvo, encher um balde com bolas duma determinada cor retiradas duma “piscina”, ou ainda tentar atirar e acertar com arcos

em diversas estacas. A participação nestes jogos foi um aspeto bastante positivo, pois foi uma das primeiras atividades lá realizadas por nós junto de toda a população o que deu para nos mentalizarmos e prepararmos melhor futuramente para atividades futuras.

Manhã de Jogos Tradicionais

Foi realizada uma manhã de Jogos Tradicionais pela estagiária de terapia ocupacional, na qual nós podemos participar e dar o nosso contributo também. Foram então definidos quais seriam os possíveis participantes para essa manhã de jogos, tendo em conta o seu nível de motivação e também o seu nível de autonomia, embora as atividades não fossem demasiado exigentes, era ainda assim necessário alguma mobilidade por parte dos utentes. As atividades preparadas e realizadas em conjunto com todos os estagiários consistiam num jogo da malha, um percurso de equilíbrio, um jogo de pontaria às latas, jogo do arco e ainda a construção de um puzzle através duma imagem exibida previamente. Todos estes jogos serviram para trabalhar diversas componentes psicomotoras para além de poder animar uma manhã de alguns utentes da CSI, requisitos estes que foram cumpridos na totalidade.

Reflexão de Natal

Sendo a CSI uma instituição religiosa, todos os anos realiza-se uma pequena reflexão de Natal, que conta com grande parte dos funcionários disponíveis. Essa reflexão foi constituída pela leitura de um pequeno texto alusivo á época por parte duma Irmã, seguindo-se um pequeno momento musical onde todos participaram. No final foi entregue a cada um, uma figura representativa da época natalícia, e em conjunto com as pessoas que tinham a mesma figura foi solicitado que se fizesse uma pequena reflexão sobre cada figura e o seu significado. Após a reflexão, as figuras foram colocadas junto ao presépio já montado, dando por terminado o momento religioso ali vivido.

Jogos da Primavera

Todos os anos os Jogos da Primavera encontram-se englobados num maior número de etapas de jogos sociais, que algumas instituições combinam entre si e realizam ao longo do ano. Os Jogos da Primavera foram coordenados pela instituição do Elo Social e realizadas no Parque Urbano de Santa Iria da Azóia.

Estes jogos caracterizaram-se por uma manhã de diversas atividades, ligadas maioritariamente aos jogos olímpicos, tais como salto em comprimento, tiro ao arco, lançamento do peso e do dardo, assim como outras, tais como o minigolfe ou boccia. Para a total participação dos utentes da CSI, houve previamente um escalonamento de quais realizariam cada atividade, para que pudessem participar o maior número de utentes. Posteriormente foram realizados alguns treinos para que se pudessem adaptar e melhorar a sua performance nos jogos em que cada um iria participar.

O dia dos jogos foi então dividido entre a manhã com a realização dos diversos jogos e a tarde com alguma animação musical e a entrega de prémios para aqueles que mais se destacaram durante a realização das provas.

Manhã de Atividades Psicomotoras

No dia 5 de Junho foi realizada pela manhã, com 6 das utentes mais autónomas da Unidade Maria Josefa, um conjunto de atividades do foro psicomotor, para que as utentes pudessem usufruir duma manhã diferente. Foi então aproveitado a manhã solarenga para se realizarem diversas atividades num dos jardins da Casa de Saúde. As atividades consistiram num percurso delineado por pinos que as utentes teriam de percorrer com uma bola em cada mão, estimulando assim o equilíbrio e a coordenação oculo-manual. Fez-se depois um jogo a pares onde cada par teria de chegar duma ponta a outra do campo delimitado tentando passar a bola entre elas o maior número de vezes possível. Realizou-se de seguida um jogo com o intuito de trabalhar a memória das utentes que consistia num campo com arcos de diversas cores no chão que as utentes deveriam ter de percorrer segundo uma determinada ordem que lhes era facultada previamente. Por fim e num ambiente um pouco mais de competição realizou-se uma pequena partida de Boccia. Apesar de se denotar algum cansaço entre algumas das utentes esta foi uma manhã bastante positiva onde se verificou sempre uma grande vontade e animação entre todos.

Tarde Musical

Realizou-se no dia 8 de Junho de 2012 uma atividade preparada essencialmente pelos estagiários de Terapia Ocupacional que consistiu numa tarde de música realizada para um grande número de utentes da Casa de Saúde. Todas as músicas foram cantadas não só pelos funcionários e estagiários presentes, mas também com a colaboração de todos os utentes presentes no anfiteatro.

9. Aplicação EGP

Após mais de uma década de investigação e trabalho na área da psicomotricidade, essencialmente na área da psicomotricidade relacionada com o envelhecimento e com as suas questões, Michel, Sopppelsa & Albaret (2010) confrontaram-se com a situação de não existir ainda um instrumento de referência, fiável e validado para avaliar os principais conceitos psicomotores da população mais idosa. Com a mudança de legislação em França e a maior inclusão da prática psicomotora em atividades médicas prescritas, especialmente com população idosa e com diagnóstico de Alzheimer, a existência de um exame válido para essa mesma população tomou maior importância ainda.

O EGP é um exame que aborda os conceitos base da psicomotricidade, pois esta alia os seus fundamentos numa metodologia de avaliação rigorosa e em observações clínicas. O exame é composto por 17 itens diferentes que avaliam o equilíbrio, diferentes coordenações motoras, o conhecimento de partes do corpo, vigilância, a percepção, a memória, conceitos espaço-visuais e ainda a comunicação. Cada item tem uma cotação até 6 valores, sendo avaliada através de diferentes atividades em cada item, que somadas dão o valor total correspondente ao item a ser avaliado. Outro aspeto a ter em conta na aplicação do exame, é que não existe uma ordem restrita pela qual possa ser aplicado, isto é, pode-se alterar a ordem pela qual se vão aplicando os itens, desde que não ultrapasse três itens à frente, nem os que são afetos à memória, nomeadamente os itens 10, 11 e 12. Após a realização do item 10.4 é possível haver uma pequena interrupção da avaliação. Esta paragem, sempre negociada entre o terapeuta e o utente, pode ser útil no caso do utente a ser avaliado se encontrar algo fatigado ou com problemas em manter a atenção por exemplo (Michel, Sopppelsa & Albaret, 2010). Com o material existente para a realização do exame, os autores tentaram que fosse o mais neutro e não perturbador possível, e afirmam que deverá estar à vista do utente aquando da sua utilização apenas, para evitar uma quebra na atenção ou um aumento da distractibilidade que possa levar a uma pior performance no exame.

Durante a aplicação do exame, Michel, Sopppelsa & Albaret (2010), indicam diversos pontos que o terapeuta deve ter em conta, que as instruções a serem dadas devem ser aquelas que estão predefinidas para cada item, o que leva a haver menos subjetividade na avaliação por diferentes pessoas. Devem ser sempre respeitados os tempos de resposta por parte de cada utente, não tentando apressá-los, e caso um utente sinta dificuldades na realização de um item, dever-se-á passar a outro, não insistindo em demasia, pois pode levar ao desinteresse e mesmo à hostilidade por parte do utente confrontado com as suas dificuldades. No final da aplicação do exame, o terapeuta deve dar um feedback ao utente, tentando com ele verificarem quais as suas maiores dificuldades, quais os domínios psicomotores em que não se sentiu tão bem, de forma a conjuntamente poderem combinar quais os conceitos a trabalhar futuramente. Os autores referem ainda que para além da observação clínica quantitativa durante a realização do exame, é importante também a observação qualitativa, podendo o terapeuta focar-se em diferentes aspetos do utente, tais como: a sua postura, emoções, espontaneidade, tónus muscular, paratonias, sincinesias, repetições, verborreia, hesitações, etc.

O EGP é um exame não de diagnóstico, mas que permite a esclarecê-lo e ajuda a definir quais os principais pontos-chave a serem trabalhados com o utente. Como tal constitui-se como um elemento chave na avaliação das necessidades da população envelhecida, e ajuda assim a melhorar a resposta do ponto de vista psicomotor durante a intervenção efetuada (Michel, Sopppelsa & Albaret, 2010).

Foi realizado um projeto de tradução e adaptação por Morais Fiúza, Santos e Lebre deste mesmo exame EGP, para a população idosa portuguesa. Após a tradução de todo o exame e da construção e adaptação do material, foi necessário realizar o teste-reteste, isto é, fase de investigação onde se tenta provar que o exame avalia exatamente aquilo que pretende avaliar. Esta fase foi composta pela aplicação do exame duas vezes a 100 pessoas diferentes, com três semanas de intervalo entre Fevereiro e Abril de 2012. Todos os participantes tinham idade igual ou superior a 60 anos, usando como fator de exclusão a presença de diagnóstico de perturbação mental, deficiência motora ou auditiva. As 100 pessoas foram escolhidas dentro de diversas instituições, cabendo-nos a nós aplicar a 25 pessoas na CSI. Previamente às aplicações dos exames, foi realizada uma pequena formação por parte dos autores principais deste projeto de forma a dissipar todas as dúvidas e poder assegurar que todos os intervenientes no estudo fariam a aplicação da melhor forma. Para além da aplicação do EGP à população escolhida para o estudo, foram aplicadas também outras escalas de avaliação de forma a poder caracterizar e classificar mais facilmente a amostra populacional escolhida. As escalas aplicadas foram o Índice de Lawton, o Índice de Barthel, o Índice de Graffar e o Mini Mental State Exam. Após a recolha de todos os dados, os mesmos foram colocados em formato digital no SPSS de forma a poder compilar toda a informação de todos os intervenientes neste estudo. Foram ainda realizadas algumas reuniões durante o período de aplicação dos exames com o intuito de dar feedback aos autores do projeto sobre as aplicações, quais as dúvidas que iam surgindo e algumas modificações que achavam pertinentes realizar para o instrumento se adaptar melhor à população portuguesa.

10. Conclusão

Este estágio refletiu-se como o último espaço de aprendizagem entre o mundo académico e o mundo laboral, daí toda a importância das vivências e experiências passadas durante o ano em questão a intervir na CSI. Após toda a intervenção realizada e a elaboração deste relatório tenta-se agora construir uma reflexão sobre todos os conceitos aprendidos ao nível teórico e sobre toda a sua utilização na prática, na intervenção real.

Este estágio foi composto por diversas vivências completamente distintas e daí o seu maior interesse e consequente maior enriquecimento enquanto psicomotricista na maioria das valências onde pude intervir. Embora seja primeiramente classificado como um estágio somente referente às questões da saúde mental e ao envelhecimento, pode-se constatar ao longo deste relatório que isso foi apenas uma parte de tudo o que foi o estágio. Apesar de se tratar duma Instituição bastante virada para o tratamento q principais questões de saúde mental, trata-se duma Instituição que acolhe uma grande variedade de populações, com diferentes tipos de patologias e etiologias.

Durante este estágio foi-me possível intervir com uma utente diagnosticada com doença distónica, uma doença que afeta o movimento, no entanto com pouco ou nada a ver com saúde mental. Este poder-se-á dizer que foi o caso que mais medo e também mais prazer me deu trabalhar. A experiência e conhecimento deste tipo de patologias era pouco ou nulo e tratava-se de uma utente frágil e em fase de recuperação pós-operatória, daí o medo da intervenção, de toda a expectativa colocada nos resultados desta intervenção. No entanto, por se tratar de uma doença associada ao corpo, ao movimento, ao conhecimento e vivência positiva desse mesmo corpo, pude constatar do que se tratava a psicomotricidade e todos os seus fundamentos e conceções por trás da prática. Esta foi uma intervenção onde se utilizou todos os conceitos mais básicos da psicomotricidade e onde no final se conseguiu verificar toda a sua intencionalidade e objetividade asseguradas por uma melhoria visível da utente em questão. É através destas experiências que se vai vivenciando, que o terapeuta cresce e evolui, e é através destes pequenos sucessos por vezes, que se leva a acreditar cada vez mais na importância da psicomotricidade nas questões da saúde, não como alternativa à medicina tradicional, mas como um complemento para casos individuais. Para além dos já muitos estudos descritos de casos de sucesso de terapias psicomotoras em utentes com o mais diversificado número de patologias possível, este foi um caso que eu próprio vivenciei e que me fez acreditar mais ainda em todas as diferentes abordagens possíveis e em todos os meios e populações que poderá ser utilizada.

A questão da funcionalidade e do sucesso da intervenção psicomotora leva a perguntar, o porquê desta não se encontra totalmente enquadrada no âmbito da saúde em Portugal, e ser aceite totalmente como um tipo de terapia credível e importante nos mais diferentes tipos de populações, tal como acontece noutros países da Europa. É preciso então para além de melhores políticas de saúde, um investimento maior dos psicomotricistas na própria profissão. É preciso um compromisso de qualidade, e da demonstração dessa qualidade, é preciso registar todos os sucessos e partilhá-los para que possa ser visível para qualquer pessoa de fora da área o quão necessária e pertinente é a reabilitação psicomotora nos dias de hoje.

Houve, como era desejável que assim fosse, também muito contacto com populações envelhecidas, com um vasto número de patologias associadas à saúde mental. Este é um campo onde a psicomotricidade pode ter uma importância extrema, e onde não existe muito, pelo menos em Portugal, técnicos especializados a trabalhar nesta área da saúde tal como se encontram noutras áreas, desde a infância e

neonatologia, passagem pela escola e pelas perturbações do comportamento e desenvolvimento, até às questões de saúde mental em adolescentes e adultos.

Durante as intervenções realizadas no âmbito do envelhecimento, pôde-se verificar que há muitas questões pertinentes que o psicomotricista tem competências e onde deverá intervir. Com o atual aumento do crescimento do envelhecimento a nível mundial, é pertinente achar que esta é mais uma área de intervenção para onde a especialização da psicomotricidade pode e deverá evoluir, tal como acontece em França, onde o psicomotricista faz parte da lista de técnicos de referência na intervenção em pacientes com diagnóstico de Alzheimer. Para tal acontecer, há que haver mais investimento nesta área, pois as bases já se encontram lançadas, e a sua pertinência nesta área de intervenção com esta população encontra-se já documentada com todos os seus benefícios para o utente.

Este estágio não foi apenas intervenções psicomotoras, foi mais que isso, vivências do dia normal numa instituição com a capacidade e a multitudine de valências como esta tem. Todos os tempos vividos e de acompanhamento de outros técnicos foram importantes para o bom desempenho e boa funcionalidade de toda a dinâmica na CSI. Foi assim também possível verificar que um bom acompanhamento de um caso e consequente intervenção e se possível melhoria, só é realmente eficaz se se tratar de uma equipa com as mais diferentes técnicas de terapia, pois não é possível apenas um terapeuta realizar o trabalho certo e adequado para uma determinada patologia, é necessário ver a pessoa em todas as suas perspetivas, numa visão holística, e aí sim, perceber quais os pontos onde cada um se deve focar para realizar o melhor trabalho possível.

Outro ponto a ressaltar foi o espírito positivo que sempre se encontrou na Instituição, todos os técnicos e membros da CSI proporcionam sempre um ambiente positivo e resguardado, que funciona como estímulo positivo para uma ainda melhor intervenção em cada um dos diferentes momentos. Esse espírito positivo não é visível só no âmbito das reuniões, ou intervenções em grupo, mas em todos os momentos de convívio e de saídas com os utentes para atividades no exterior também.

No entanto, apesar de este estágio ter representado uma experiência por demais positiva, houve também aspetos que devem ser tidos em conta de forma a melhorar tanto na instituição, como para futuros estagiários que ali possam vir a intervir e a formar-se, também. No início do estágio sentimos alguma dificuldade com o escasso tempo que tivemos de observação da população e da dinâmica de trabalho da Instituição. Por se tratar de uma Instituição que alberga um enorme número de utentes, com uma multiplicidade enorme de patologias distintas, talvez tivesse sido melhor se tivéssemos tido um maior contato com todas elas de forma a podermos ter uma base maior após esta fase durante as nossas intervenções. Outro ponto negativo que se verifica, não no âmbito do estágio, mas da Instituição em si, é o baixo número de terapeutas, nomeadamente de reabilitação psicomotora, lá existentes. O facto de apenas existir um terapeuta efetivo na Instituição, faz com que a sua resposta e acompanhamento para toda a comunidade existente não se faça da maneira mais efetiva e positiva possível, algo eu se considera um handicap na intervenção psicomotora. A falta de instrumentos específicos para a avaliação psicomotora, nomeadamente na população idosa foi uma das dificuldades que sentimos, pois, não se consegue assim ter a ideia certa daquilo que pretendemos avaliar e como o fazer. No entanto este aspeto terá já solução brevemente com a utilização do novo instrumento de avaliação psicomotora para idosos a ser adaptado para a população portuguesa.

No final do estágio pudemos concluir que os objetivos a que nos propusemos foram cumpridos e que como tal, este estágio refletiu-se como uma experiência bastante enriquecedora e de enorme importância para toda aquela que irá ser a nossa futura vida ao tentar trazer mais inovações e prestígio à profissão que é a Reabilitação Psicomotora.

11. Bibliografia

Associação Portuguesa de Psicomotricidade, (s/d.). Acedido em Setembro, 2012, em <http://www.appsicomotricidade.pt/>

Ballouard, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, 28-29, 17-26.

Bertolote, J. M. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7, 113-116.

Blenton, J. P. (2010). Papel de la rehabilitación en el tratamiento de las distonias. *Kinésithérapie – Médecine physique – Réadaptation*, 26, acedido em Setembro, 2012, em <http://www.em-consulte.com/es/article/40708/papel-de-la-rehabilitaci%C3%B3n-en-el-tratamiento>

Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde).

DSM: History of the Manual, American Psychiatric Association. (s/d). Acedido em Janeiro, 2013, em <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual>

Fédération Française des Psychomotriciens, (s/d). Acedido em Janeiro, 2013, em <http://www.psychomotricite.com/ffp/fr/articles/La-psychomotricite-pour-qui--Comment/La-psychomotricite-pour-qui--Comment/article-67/Comment-travaille-le-psychomotricien-/>

Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora*. (3ª ed.). Lisboa: Âncora editora.

Guimarães, J. Fonseca, R. & Garrett, C. (2006). Demência frontotemporal – Que Entidade?. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 319-324.

Grossman, M. (2002). Frontotemporal dementia: A review. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 566-583.

Hermant, G. (2008). La Psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives. *Contraste*, 28-29, 27-40.

Holtzman, E. (2012). A home away from home. *Monitor in Psychology*, 43(3) 24.

Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, IHSCJ, (s/d). Acedido em dezembro, 2012, em <http://www.irmashospitaleiras.pt/csi/>.

Jablensky, A. (2009). Towards ICD-11 and DSM-V: issues beyond 'harmonisation'. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 379-381.

Kendell, R.E. (2001). The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry*, 178, 490-493.

Michel, S., Soppelsa, R. & Albaret, J. M. (2010). Pour une légitimité du travail en géronto-psychomotricité – l'Examen Géronto Psychomoteur. *Entretiens de Psychomotricité*, 1, 1-4.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Montañés, M. & Kist, R. (2011). La actividad física y la psicomotricidade en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos&Contextos (Porto Alegre)*, 10(1), 179-192.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C; Fonseca, A. M. (Ed). *Envelhecer em Portugal* (21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, J. S., (2010). Distonias. *Revista Hospital universitário Pedro Ernesto*, 9(1), 39-46.

Rodríguez, E. L. (2003). Intervención psicomotriz en pacientes com demencia. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 11, 13-28.

Saint-Cast, A. (2004). Modalides de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21.

Saldanha, S. (2009). *Bem viver para bem envelhecer – um desafio à geriatria e à gerontologia*. Lisboa: Lidel.

Snowden, J. S.; Neary, D. & Mann, D. M. (2002). Frontotemporal dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 140-143.

Spar, J. E.; La Rue, A. (2002). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vila, A. S. (2006). La Psicomotricidad – Una propuesta eficaz para la dinamización corporal de las personas mayores. *Lecciones de Gerontología*, 58. Acedido em Janeiro, 2013, em <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/soler-psicomotricidad-01.pdf>

World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health – Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: World Health Organization.

12. ANEXOS

Anexo I

Grelha de Observação de Comportamentos em Meio Aquático

Grelha de avaliação da Bateria Psicomotora

Folha de Avaliação da Bateria Psicomotora adapta aos idosos

Ficha de Avaliação do Comportamento na Sessão adaptada de Lesniewska (2000),

Exame Geronto-Psicomotor



IRMÃS
HOSPITALEIRAS
do Sagrado Coração de Jesus

Reabilitação em Meio Aquático

Avaliação



INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: _____

Idade: _____

Diagnóstico: _____

Unidade: _____

HISTÓRIA MÉDICA (EX. PATOLOGIAS, LESÕES, DORES)

COMPORTAMENTOS EVIDENCIADOS

JÁ TEVE ALGUMA EXPERIÊNCIA EM PISCINA?

Observações: _____

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS

Classificação:



Realiza sem ajuda



Realiza com ajuda



Não realiza

I. Actividades de Vida Diária

Actividade	Dez.	Mar.	Jul.
1. Despir a roupa			
2. Organizar a roupa em função do espaço			
3. Tomar duche e limpar o corpo com toalha			
4. Vestir a roupa			
5. Secar e pentear o cabelo			

6. Arrumar o material na mala			
7. Outros _____			

II. Mobilidade na plataforma; Entradas e Saídas da Piscina

Actividade	Dez.	Mar.	Jul.
1. Mobilidade na plataforma			
2. Entra na piscina pelas escadas			
3. Sai da piscina pelas escadas			
4. Outras formas de sair e entrar _____			

III. Ajustamento ao Meio Aquático - Respiração

Actividade	Dez.	Mar.	Jul.
1. Sopra com a face acima da superfície			
2. Sopra com a face à superfície da água			
3. Expiração ritmada face à superfície com deslocamento			
4. Expiração bucal com a face imersa (faz bolhas)			
5. Expiração nasal com a face imersa (faz bolhas)			

IV. Ajustamento ao Meio Aquático – Equilíbrio Vertical

Actividade	Dez.	Mar.	Jul.
1. Saltita e salta no mesmo local			
2. Anda			
3. Salta a pés juntos 1 ou 2 metros			
4. Executa saltos de canguru a maior distância			

V. Ajustamento ao Meio Aquático – Equilíbrio Horizontal

Actividade	Dez.	Mar.	Jul.
1. Mantém a cabeça levantada (com ajuda próxima, mãos na bacia)			
2. Deita a cabeça no ombro do monitor (com ajuda próxima, mãos na bacia)			
3. Mantém a cabeça deitada na água (com ajuda distal, mãos no ombro)			

VI. Ajustamento ao Meio Aquático – Propulsão

Actividade	Dez.	Mar.	Jul.
1. Propulsão de pernas em decúbito dorsal			
2. Propulsão de braços em decúbito dorsal			
3. Propulsão de pernas em decúbito ventral			
3. Propulsão de braços em decúbito ventral			

VII. Ajustamento ao Meio Aquático – Imersão

Actividade	Dez.	Mar.	Jul.
1. Olhos fechados			
2. Olhos abertos			
3. Sem captura de objectos			
3. Com captura de objectos			

Classificação:



Comportamento
adequado / é receptiva



Comportamento
pouco adequado /
é pouco receptiva



Comportamento
desadequado /
não é receptiva

VIII. Comportamento nas Actividades

Actividade	Dez.	Mar.	Jul.
1. Exploração do espaço			
2. Exploração de objectos			
3. Interacção com as colegas			
4. Interacção com o monitor			
5. Cumprimento de regras			
6. Exercícios de relaxação			

BATERIA PSICOMOTORA

(Vítor da Fonseca 1975)

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO _____

DATA DE OBSERVAÇÃO _____ OBSERVADOR: _____

Aspecto Somático

ECTO

MESO

ENDO

Desvios Posturais:

Controlo Respiratório:

Inspiração

4

3

2

1

Expiração

4

3

2

1

Apneia

4

3

2

1

DURAÇÃO _____

FATIGABILIDADE

4

3

2

1

TONICIDADE

Hipotonicidade

Hipertonicidade

Extensibilidade:

Membros inferiores

4

3

2

1

Casa de Saúde da Idanha

Membros superiores.....	4	3	2	1
Passividade.....	4	3	2	1
Paratonia:				
Membros inferiores.....	4	3	2	1
Membros superiores.....	4	3	2	1
Diadococinésias:				
Mão direita.....	4	3	2	1
Mão esquerda.....	4	3	2	1
Sincinésias:				
Bucais.....	4	3	2	1
Contralaterais.....	4	3	2	1
EQUILIBRAÇÃO				
Imobilidade:	4	3	2	1
Equilíbrio Estático:				
Apoio Rectilíneo	4	3	2	1
Ponta dos pés	4	3	2	1
Apoio num pé	4	3	2	1
Equilíbrio dinâmico:				
Marcha controlada	4	3	2	1
Evolução na trave:				
1) Para a frente	4	3	2	1
2) Para trás	4	3	2	1
3) Do lado direito	4	3	2	1
4) Do lado esquerdo	4	3	2	1

Casa de Saúde da Idanha

Pé cochinho direito	4	3	2	1
Pé cochinho esquerdo	4	3	2	1
Pés juntos para a frente	4	3	2	1
Pés juntos para trás	4	3	2	1
Pés juntos com os olhos fechados.....	4	3	2	1

LATERALIZAÇÃO 4 3 2 1

• ocular	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> D
• auditiva	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> D
• manual	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> D
• pedal	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> D
• inata	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> D
• adquirida	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> D

NOÇÃO DO CORPO

Sentido Cinestésico	4	3	2	1
Reconhecimento (d-e)	4 3	2	1	
Auto-imagem (face)	4	3	2	1
Imitação de gestos	4 3	2	1	
Desenho do corpo	4 3	2	1	

ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL

Organização	4	3	2	1
Estruturação Dinâmica	4	3	2	1
Representação topográfica	4	3	2	1
Estruturação rítmica	4	3	2	1

1	●	•	•	●	•	•	●	•	•	●	•	4	3	2	1
2	●	•	•	●	●	•	●	●	•	•	•	4	3	2	1
3	●	●	•	•	●	•	•	●	●	•	•	4	3	2	1
4	●	●	•	•	●	●	•	•	●	●	•	4	3	2	1
5	●	•	•	●	•	•	•	●	●	•	●	4	3	2	1

PRAXIA GLOBAL

Coordenação óculo-manual 4 3 2 1

Coordenação óculo-pedal 4 3 2 1

Dismetria 4 3 2 1

Dissociação:

Membros superiores 4 3 2 1

Membros inferiores 4 3 2 1

Agilidade 4 3 2 1

PRAXIA FINA

Coordenação Dinâmica Manual 4 3 2 1

Tempo _____

Tamborilar 4 3 2 1

Velocidade-precisão 4 3 2 1

• Número de pontos 3 2 1

• Número de cruces 4 3 2 1

PERFIL

PERFIL

		4	3	2	1	Conclusões e interpretações
	TONICIDADE					
	EQUILIBRAÇÃO					
	LATERALIZAÇÃO					
	NOÇÃO DO CORPO					
	ESTRUTURAÇÃO ESPACIO-TEMPORAL					
	PRAXIA GLOBAL					
	PRAXIA FINA					

Escala de Pontuação:

1. Realização imperfeita, incompleta e descoordenada (fraco) perfil apráxico
2. Realização com dificuldades de controlo (satisfatório) perfil dispráxico
3. Realização controlada e adequada (bom) perfil eupráxico
4. Realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada (excelente) perfil hiperpráxico

ANÁLISE DO PERFIL PSICOMOTOR:

RECOMENDAÇÕES (projecto terapêutico pedagógico):

NOME:

DATA: AVALIADOR:

AVALIAÇÃO PSICOMOTORA (Adapt. Bateria Psicomotora)

FACTORES	PONTUAÇÃO			
	1	2	3	4
CONTROLO RESPIRATÓRIO Obs:				
TONICIDADE Obs:				
EQUILIBRAÇÃO IMOBILIDADE ESTÁTICO DINÂMICO Obs:				
NOÇÃO DO CORPO SENTIDO CINESTÉSICO RECONHECIMENTO DIREITA-ESQUERDA AUTO-IMAGEM IMITAÇÃO DE GESTOS DESENHO DO CORPO Obs:				
ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAÇÃO DINÂMICA ESTRUTURAÇÃO RÍTMICA Obs:				
PRAXIA GLOBAL COORDENAÇÃO ÓCULO-MANUAL COORDENAÇÃO ÓCULO-PEDAL DISSOCIAÇÃO				

Obs: _____ _____				
PRAXIA FINA				
COORDENAÇÃO DINÂMICA MANUAL				
VELOCIDADE-PRECISÃO				
Obs: _____ _____				

Legenda: 1- realização muito fraca (perfil apráxico); 2 – realização fraca, com dificuldades (perfil dispráxico);
3 – realização controlada e adequada (perfil eupráxico); 4 – realização perfeita e harmoniosa (perfil hiperpráxico)

Outras Observações: _____

Ficha de Avaliação do Comportamento na Sessão

(adapt. Lesniewska, 2000)

Nome:	
Sessão nº	Data:
Outras Informações:	

Comportamento	Não avaliável	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
1. Vigilante						
2. Estabelece contacto visual						
3. Concentrado						
4. Coerente						
5. Compreende as instruções						
6. Sorridente, divertido						
7. Toma a iniciativa						
8. Evoca lembranças coerentes						
9. Reage ao seu nome						
10. Diz o seu nome						
11. Diz o seu último nome						
12. Está orientado no tempo (dia, mês e ano)						
13. Está orientado no espaço (cidade, hospital, atelier)						
14. Verborreia						

15. Geme ou suspira						
16. Repete questões ou palavras						
17. Agitação						
18. Agressividade verbal, ironia						
19. Agressividade física						
20. Conversa contraditória ou vaga						
21. Postura e olhar bizarro						
22. Ideias delirantes, alucinações						
23. Maneirismos, tiques						
24. Perturba os outros						
25. Tristeza, lamentos						
26. Autocrítica, desvaloriza-se						
27. Queixas somáticas						
28. Angústia						
29. Lentidão						
30. Utilização bizarra dos objectos						
31. Não responde às questões						
32. Apatia, indiferença						
33. Recusa em participar						
34. Manipulação repetitiva						
35. Problemas de linguagem						
36. Comportamento embaraçoso						
37. Quer ir embora						
38. Sai mais cedo da actividade						

Actividade	A resposta é desadequada	A resposta é adequada, após estimulação	A resposta é adequada, de forma espontânea

EGP

(Michel, Soppelsa & Albaret 2011 tradução e adaptação Ana
Morais, Ricardo Fiúza, Sofia Santos, Paula Lebre, 20..)

Caderno de Registo

Nome: _____	Data de Nascimento: _____
Apelido: _____	Idade: _____
Data de avaliação: _____	Número de avaliações: _____
Local: _____	Duração da avaliação: _____
Avaliador: _____	
Diagnóstico Principal _____	Diagnóstico Secundário _____
Regime de Apoio _____	Escolaridade _____
Meio _____	Barthel _____ Lawton _____ Graffar _____ MMSE _____
Medicação (tipo) _____	
Prática de exercício físico: _____	Interv. Psicomotora: _____
Quanto tempo por semana _____	Quantas vezes por semana _____

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Casa de Saúde da Idanha

Itens – Espaço para as observações qualitativas	Número de ensaios	Descrição	Cotação	Total
1. Equilíbrio Estático I	2 (5 s)	Equilíbrio - Sem apoio - Com 1 apoio - Com 2 apoios - Com uma pessoa - Com 1 apoio fixo - Com 2 apoios fixos	6 ou 5 ou 4 ou 3 ou 2 ou 1	/6
2. Equilíbrio Estático II	2 (5 s) 2 (5 s) 2 (5 s)	2.1. Ponta dos 2 pés - Sem apoio - Com apoio(s) 2.2. Sobre um pé - Sem apoio - Com apoio(s) 2.3. Ponta de um pé - Sem apoio - Com apoio(s)	2 ou 1 2 ou 1 2 ou 1	/6
3. Equilíbrio Dinâmico I Tempo =	2	Marcha - sozinho (a) - com uma canadiana/bengala - com andarilho - com a ajuda de 1 pessoa - com apoio contínuo - com ajuda de 2 pessoas	6 ou 5 ou 4 ou 3 ou 2 ou 1	/6
4. Equilíbrio Dinâmico II Tempo 4.1 = Tempo 4.2 =	2 2	4.1. Marcha - acelerada 10 m - acelerada 5 m 4.2. Corrida - em 10 m - em 5 m	3 ou 1.5 3 ou 1.5	/6
5. Mobilização articular dos membros superiores Q 5.1. Autonomia no vestir?	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	5.1. Mobilização passiva - Pulso D - Cotovelo D - Ombro D - Pulso E - Cotovelo E - Ombro E 5.2. Mobilização ativa - Pulso D - Cotovelo D - Ombro D - Pulso E - Cotovelo E - Ombro E	0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	/6

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Casa de Saúde da Idanha

6. Mobilização articular dos membros inferiores	2	6.1. Mobilização passiva - Tornozelo D	0.5	/6
	2	- Joelho D	0.5	
	2	- Anca D	0.5	
	2	- Tornozelo E	0.5	
	2	- Joelho E	0.5	
	2	- Anca E	0.5	
	2	6.2. Mobilização ativa - Tornozelo D	0.5	
	2	- Joelho D	0.5	
	2	- Anca D	0.5	
	2	- Tornozelo E	0.5	
7. Motricidade fina dos membros superiores Q 7.1 à 7.3 – Perda eventual de sensibilidade ao nível da polpa dos dedos? Q 7.4 – Incapacidade de nomear o objeto, determinar o seu valor?	2	7.1. Abotoar		/6
	(max 30s)	- Abotoar [< 20 s]	1 ou	
	2	[20 s – 30 s]	0.5	
	(max 30s)	- Desabotoar [< 20 s]	1 ou	
	2	[20 s – 30 s]	0.5	
	2	7.2. Tamborilar		
	2	- Tamborilar MD	0.5	
	2	(sentido polegar – mindinho) ME	0.5	
	2	- Inverso MD	0.5	
	2	(sentido mindinho – polegar) ME	0.5	
8. Motricidade fina dos membros inferiores Q 8.2- Com que pé é que o sujeito pensa ter chutado?	2	7.3. Oponência polegar – dedos		/6
	2	- Ida – volta MD	0.5	
	2	- Ida – volta ME	0.5	
	2	7.4. Pega de um objeto		
	2	MD	0.5	
	2	ME	0.5	
	2	8.1. Colocação dos pés		
	2	- Pé direito: - Totalmente	1 ou	
	2	- Metade	0.5	
	2	- Pé esquerdo: - Totalmente	1 ou	
9. Praxias Q 9.1- Nome dos talheres.	2	- Metade	0.5	/6
	2	8.2. Pontapear uma bola		
	2	- Pé Direito	1	
	2	- Pé Esquerdo	1	
	2	8.3. Posicionamento dos pés		
	2	- Pegada A	0.5	
	2	- Pegada B	0.5	
	2	- Pegada C	0.5	
	2	- Pegada D	0.5	
	1	9.1. Utilização de talheres	1	

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Casa de Saúde da Idanha

Tempo 9.5 =	1	9.2. Pantomima		/6
	1	- Cumprimentar	0.5	
	1	- Ralhar	0.5	
	1	- Escovar os dentes	0.5	
	1	- Pregar um prego	0.5	
	1	9.3. Escrita	1	
	2	9.4. Cópia de figuras geométricas		
	2	- Figura 1 (círculo/triângulo)	0.5	
	2	- Figura 2 (quadrado/diagonal/ med.)	0.5	
	1	9.5. Construção de uma pirâmide		
10. Conhecimento das partes do corpo	(max 30s)	- [< 15 s]	1 ou	
		- [16 s – 30 s]	0.5	
		- [> 30 s], construção incorreta	0	
	1	10.1 Figura Humana de frente e de costas		
		- sem ajuda	1 ou	
		- com ajuda	0.5	
	1	10.2. Figura Humana com partes corporais ausentes		
		- 8-13	1 ou	
		- 5-7	0.5 ou	
		- 0-4	0	
Paragem possível após o item 10.4	1	10.3. Apontar sob designação verbal (cabelos, palma da mão, tornozelo, coxa, cotovelo, pescoço, orelha, nuca, barriga, pálpebra) ¹		/6
		- 8-10	1 ou	
		- 5-7	0.5 ou	
		- 0-4	0	
	1	10.4. Nomear as diferentes partes do corpo apontadas (barriga, braço, joelho, cabelo, polegar, boca/lábios, calcanhar, costas, dentes e sobrancelha). ¹		
		- 8-10	1 ou	
		- 5-7	0.5 ou	
		- 0-4	0	
	1	10.5. Imitação de Posições		
		- 4 sucessos	1 ou	
		- 1-3	0.5 ou	
		- Posições não idênticas	0	

¹ Nesta ordem.

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Casa de Saúde da Idanha

	1	Recuperar a posição sem modelo - 4 sucessos - 1-3 - Posições não idênticas	1 ou 0.5 ou 0	
11. Vigilância		11.1. Manutenção da atenção (item avaliado no fim da aplicação) - Execução da instrução - Manter a atenção	1 ou 0.5 1 ou 0.5	
	2 2	11.2. Agarrar um cubo ao sinal - Agarra ao sinal 5 - Agarra ao sinal 10	1 1	/6
	1 (5s)	11.3. Identificação de formas e cores - Cores 3-4 - 1-2 - Formas 3-4 - 1-2	1 ou 0.5 1 ou 0.5	
12. Memória Percetiva	1	12.1. Evocação das cores - Roxo/Lilás - Amarelo - Vermelho - Verde	0.5 0.5 0.5 0.5	
	1	12.2. Evocação de posições a) Evocação livre - Braço - Mão - Pernas - Pés	1 1 1 1	/6
	1	b) Evocação com pistas - Braço - Mão - Pernas - Pés	0.5 0.5 0.5 0.5	
Paragem possível após o item 12.	1	c) Reconhecimento - 4 - 2 -3 - 0 -1	1 ou 0.5 ou 0	
13. Domínio Espacial	1	13.1 Localização geográfica - Sem ajuda: instituição - Sem ajuda: localidade - Com ajuda (2 respostas corretas)	0.5 0.5 ou 0.5	/6
	1	13.2 Orientação - Noção frente/trás - Noção cima/baixo	0.5 0.5	

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Casa de Saúde da Idanha


	2	13.3 Divisão de linhas	- 10 cm	0.5	
	2		- 15 cm	0.5	
	1	13.4 Sequência de deslocamentos	- 123 – 321 – 121	0.5	
			- 1213	0.5	
	1	13.5. Orientação dos objetos	- Objeto nº 1 à direita ou à esquerda de objeto nº 2?	0.5	
14. Memória Verbal			- Objeto à direita do objeto nº 1?	0.5	/6
	2	13.6 Orientação nos deslocamentos		1	
	1	14.1 Evocação imediata			
		<i>Evocação sem repetição</i>			
		Pinheiro – copo – pêssego ²	- 3 palav	2 ou	
			- 2 palav	1 ou	
			- 1 palav	0.5	
			- Nenhuma	0	
	1	<i>Evocação após repetição</i>			
		Pinheiro – copo – pêssego ²	- 3 palav	1 ou	
			- 2 palav	0.5	
			- 1 palav	0	
		ou nenhuma			
	1	14.2 Momentos do dia		1	
	(max 90s)				
	1	14.3 Evocação diferida			
		- <i>Evocação livre</i>			
			- 3 palav	3 ou	
			- 2 palav	2 ou	
			- 1 palav	1	
	1	- <i>Evocação com pistas</i>			
			- 3 palav	2 ou	
			- 2 palav	1 ou	
			- 1 palav	0	
	1	- <i>Reconhecimento</i> (jornal, vela pinheiro, janela, faca, casa, pêssego, laranja, copo, cadeira) ³			
			- 3 palav	1 ou	
			- 2 palav	0.5 ou	
			- 1 palav ou nenhuma	0	

² Nesta ordem.

³ Nesta ordem.

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Casa de Saúde da Idanha

15. Perceção	1	15.1 Cantiga conhecida "Parabéns a Você"	1	/6
	2	15.2 Reprodução das estruturas rítmicas (●●, ●●●, ●●●●, ●●●●●●) ⁴ - 4 sucessos 1 ou - 2 ou 3 0.5 ou - 0 ou 1 0		
	1	15.3 Estereognosia - Colher (matéria)	1	
	1	- Bola (forma)	1	
	1	15.4 Identificação de imagens (gato, uvas, paisagem montanhosa) ⁵ - 3 sucessos 1 ou - 2 0.5 ou - 0 ou 1 0		
	1  Tempo 15.5 = (máx 30s)	15.5 Leitura de um texto - 0 a 1 anomalia 1 - 2 anomalias 0.5		
16. Domínio temporal	1	16.1 Datas - Data de nascimento (três informações) - Data do dia - Dia da semana 0.5 - Dia do mês 0.5 - Mês 0.5 - Ano 0.5	1	/6
	1	16.2 Hora	1	
	1	16.3 Dias da semana e meses - Sequência dos meses e dos dias da semana 0.5 - Dia antes de segunda-feira? Mês a seguir a março? 0.5		
	1	16.4 Sequência de Eventos <i>Colocar segundo uma ordem lógica</i> - [< de 30 s] 1 ou - [30 s – 60 s] 0.5		

⁴ Nesta ordem.

⁵ Nesta ordem.

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Casa de Saúde da Idanha

17. Comunicação	- Linguagem coerente e adequada. - Compreensão das instruções. - Rosto expressivo. - Expressão gestual adequada.	2 2 1 1	/6
-----------------	---	------------------	----

Nome: Idade:

Lista de itens	Nota
1. Equilíbrio Estático I	
2. Equilíbrio Estático II	
3. Equilíbrio Dinâmico I	
4. Equilíbrio Dinâmico II	
5. Mobilização articular dos membros superiores	
6. Mobilização articular dos membros inferiores	
7. Motricidade fina dos membros superiores	
8. Motricidade fina dos membros inferiores	
9. Praxias	
10. Conhecimento das partes do corpo	
11. Vigilância	
12. Memória Perceptiva	
13. Domínio Espacial	
14. Memória verbal	
15. Percepção	
16. Domínio Temporal	
17. Comunicação*	
Total	

* Este item não aparece representando no gráfico de síntese

Score Total do EGP em função da idade Média e Desvio Padrão	Idades	Médias	σ
	60 anos – 64 anos e 11 meses	95,8	4,2
	65 anos – 69 anos e 11 meses	95,1	4,8
	70 anos – 74 anos e 11 meses	94,2	5,0
	75 anos – 79 anos e 11 meses	90,4	8,4
	80 anos – 84 anos e 11 meses	87,7	6,5
	85 anos – 89 anos e 11 meses	84,9	9,1
	90 anos em diante	77,0	9,3

Anexo II

Exemplo de planeamento de sessão da utente MR

Exemplo de relatório de sessão da utente MR

Corpo da Sessão	Actividade	Descrição da Actividade	Objectivos Gerais	Objectivo Específico	Material	Duração	Estratégias
Parte Inicial	Conversa inicial	Pequena conversa de forma a perceber como se encontra a utente e se se recorda das actividades realizadas na sessão anterior	-Estabelecer relação terapêutica -Promover a memória a longo-prazo	-	-	5'	-Instrução verbal
	Orientação para a realidade	Realização de um calendário e de diversas perguntas sobre o tempo e o espaço onde se encontra a utente, de forma a orientá-la.	-Trabalhar a noção espaço temporal	-Trabalhar a noção temporal -Trabalhar a estruturação espacial	-	20'	-Instrução verbal -Ajuda física parcial
Parte Cognitiva	Construções	Através do uso de pequenos blocos a utente deverá imitar diversas construções, do mais básico para o mais complexo.	-Trabalhar a estruturação espacial -Trabalhar a noção de lateralidade -Trabalhar as funções executivas	-Trabalhar o planeamento motor -Trabalhar a praxia fina -Trabalhar questões de lateralidade	-Cubos de madeira	20'	-Instrução verbal -Feedback
Final de Sessão	Actividade de retorno à calma	Adaptação de método de relaxação de Jacobson	-Promoção da relaxação muscular	-Promover a relaxação física; -Adequar o estado tónica; -Diminuir estados de ansiedade	-Colchão	10'	-Mobilização -Instrução verbal

A sessão individual com a utente das unidades 2/3 decorreu de modo semelhante às anteriores. A utente mostrou-se igual em termos de humor, com este a variar ao longo da sessão, oscilando sempre entre a apatia e indiferença até ao humor. Durante a sessão foi possível constatar que a utente não revelou grandes melhorias desde a última sessão, exceto ao nível da memória, tendo sido capaz de recordar o nome do terapeuta. Relativamente às atividades propostas, nem todas foram concluídas com êxito, no entanto a utente acabou por revelar na maioria das vezes auto crítica relativa ao seu desempenho nas diferentes tarefas.

Anexo III

Exemplo de planeamento de sessão da utente PM

Exemplo de relatório de sessão da utente PM

Corpo da Sessão	Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos Gerais	Objetivo Específico	Material	Duração	Estratégias
Aquecimento	Conversa inicial	Pequena conversa de forma a perceber como se encontra a utente e se se recorda das atividades realizadas na sessão anterior	-Estabelecer relação terapêutica -Promover a memória a longo-prazo	-	-	5'	-Instrução verbal
	Aquecimento	Realização de vários exercícios envolvendo mobilidade articular de modo a fazer um ligeiro aquecimento prévio às atividades principais da sessão.	-Ativação muscular -Mobilização articular	-	-	5'	-Instrução verbal -Ajuda física parcial
Parte Cognitiva	Máquina do tempo	-É referido à utente que nos encontramos numa “máquina do tempo” e que vamos viajar para o passado e de seguida para o futuro. E é pedido à utente que nos diga como se vê no futuro se tudo correr positivamente, e depois se tudo correr negativamente, e pede-se posteriormente que ela represente isso através dum desenho ou de imagens escolhidas numa revista.	-Promover a somatognosia -Promover a simbolização -Promover a adequação tónica -Trabalhar a praxia fina -Promover a criatividade	-Adequar o plano motor à tarefa exigida -Trabalhar a dissociação de movimentos -Promover a expressividade artística -Promover um melhor conhecimento do “eu” corporal	-	20'	-Instrução verbal -Feedback

Final de Sessão	Atividade de retorno à calma	Adaptação de método de relaxação passiva	-Promoção da relaxação muscular	-Diminuição das tensões corporais localizadas -Diminuição do estado hipertónico -Diminuição da frequência de movimentos distónicos	-Colchão	25'	-Mobilização -Instrução verbal
<p>A sessão da tarde com a utente PM correu sem qualquer aspeto de muito relevante a salientar. A utente mostrou-se sempre bem-disposta e colaborativa desde o início da sessão. Com as atividades que estavam planeadas deu para aperceber que a Paula revela uma performance assinalável em termos de memória, algo que poderá ser usado como ponto forte no desenvolvimento das suas outras capacidades não tão boas. Pelo facto de não ter tido fisioterapia de manhã, e a utente não mostrar sinais de cansaço optou-se também por uma vertente mais física das atividades de forma a tentar adequar aos poucos a sua tonicidade de forma a prevenir eventuais quedas por falta de força ou de adequação postural e tónica na marcha durante o seu dia-a-dia. A utente mostrou-se sempre bastante atenta em todas as atividades, notando-se ainda diversos movimentos distónicos e momentos de elevada hipertonicidade. No final da sessão decidiu-se introduzir a relaxação como atividade de retorno à calma, optando-se por uma relaxação por contraste de contração e descontração e por mobilização passiva dos segmentos superiores, com esta atividade, foi bastante notória a diminuição e até desaparecimento por minutos dos movimentos distónicos assim como uma melhoria na adequação tónica da utente, conseguindo chegar-se a um estado de eutonia generalizado no fim da sessão.</p>							

